

Relasjonsarbeid i ambulante team

En kvalitativ studie av miljøterapeuters erfaringer med relasjonsarbeid i
barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste

Line Constance Øyasæter



Mastergradsoppgave ved Avdeling for helse- og idrettsfag

HØGSKOLEN I HEDMARK

i samarbeid med



2009

Norsk sammendrag

Hensikten med denne studien er å undersøke og belyse hvilke erfaringer miljøterapeuter har med relasjonsarbeid i ambulant team innenfor barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Gjennom bevissthet om arenaen der psykiatrien møter ungdom og familie, kan omgivelsene bli et instrument i behandlerens intervensjon.

Metode

Studien har en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming med vekt på en deskriptiv design. Dataene er fremkommet på grunnlag av fem kvalitative intervju med sykepleiere, barnevernspedagoger og pedagoger, som arbeidet med tolv- til attenåringer i ambulante team i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Analysen er basert på Kvaes (1997) kvalitative metodebeskrivelser.

Hovedfunn

Studiens funn viser at den ambulante arbeidsformen i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste er fleksibel, med mulighet for individuelt tilpassede behandlingsløsninger. Fleksible rammer for involvering av ulike personer og hjelpeinstanser, møtested, tid, tilgjengelighet og behandlingsmetoder gir mulighet for kontinuerlig tilpasning til behandlingsrelasjonen. Tilstedeværelse i ungdommens faktiske liv, er vesentlig for relasjonsdannelsen og relasjonsforståelsen, og gir mulighet til å følge ungdom gjennom forandringer. Intervjupersonene arbeider for brukermedvirkning der miljøterapeutene nedtoner sin ekspertrolle. Hensynet til autonomi er essensielt i ambulant relasjonsarbeid med ungdom. Rollen som gjest og terapeut og det å forholde seg til flere enn en, er særlig komplekse sider ved relasjonsarbeidet. Det ambulante arbeidets selvstendige og komplekse art stiller store krav til struktur og faglig innsikt fra miljøterapeutens side. Nære relasjoner kombinert med stillingens ensomme karakter bør forplikte til opprettelse av fora for refleksjon med kollegaer.

Emneord

Ambulant, hjemmebaserte helsetjenester, kontekst, relasjon, allianse, terapeutisk relasjon, psykisk helse, ungdom, profesjonalitet.

Engelsk sammendrag (abstract)

The aim of this study is to explore and illuminate milieu therapist's experiences working with relations in ambulatory teams within child- and adolescents psychiatric specialist services. Through being conscious about the environments the therapist meet adolescents and their families, the environment can become an instrument in the treatment.

Method

This study has a hermeneutic phenomenological approach with focus on a descriptive design. The data is derived from five qualitative interviews with nurses, pedagogues and pedagogues specialized in child welfare and pedagogues, working with twelve- to eighteen year old clients, employed in ambulatory teams within child- and adolescents psychiatric specialist services. The analysis is based on Kvale's (1997) descriptions of qualitative method.

Results

The findings show that the ambulatory work within child- and adolescents psychiatric specialist services is flexible with regards to the possibilities for individually adjusted interventions. Flexibility in the involvement of different persons and professional helpers, meeting place, time, availability and treatment methods, makes a continuous adjustment of the treatment in the relation possible. To be present in the adolescents' real life, is essential for the origin of the relation and how the relation is understood, and makes it possible to follow the adolescent through changes in his or her life. The informants minimize their professional role, in order to establish a cooperative relation with their clients. The milieu therapist's consideration of autonomy is essential in outpatient treatment with adolescents. Particularly complex aspects in the work with relations, is the role as a guest and therapist simultaneously, and to withhold to more than one person. The solitary and complex character of ambulatory work as, demands a high degree of structure and professional knowledge from the milieu therapist. Close relations combined with a solitary professional situation, calls for regular meetings and debriefings with colleagues.

Keywords

Outpatient treatment, home care, context, relations, alliance, therapeutic relation, mental health, adolescent, professionalism.

Forord

Gjennom samtaler med ungdom og foreldre, kollegaer, gjennom litteratur og egne erfaringer, er jeg blitt opptatt av hva som skjer med og hvordan man kan forstå relasjonen mellom ungdom, familie og behandler, når intervensjonen foregår i ungdommenes dagligliv. Derfor har det vært et privilegium å få fordype meg i temaet for denne studien. Gjennom arbeidet med studien har jeg satt stor pris på mange interessante samtaler med engasjerte mennesker. Arbeidet har vært interessant og jeg har lært mye av å være i denne tidvis krevende prosessen. Ved avslutningen av studien er det flere jeg ønsker å takke.

Først vil jeg takke min veileder Anne Lyberg ved avdeling for Helsefag på Høgskolen i Vestfold. Som veileder har hun gitt meg råd, kommentarer og innspill, og støttet meg gjennom prosessen på en motiverende måte.

Lærere og medstudenter har vært viktige inspirasjonskilder og har kommet med mange nyttige innspill underveis. En spesiell takk går til min medstudent Heidi, som har vært min refleksjonspartner gjennom hele arbeidsprosessen.

Takk til bibliotekjentesten ved Høgskolen i Hedmark, Høgskolen i Vestfold, Psykiatrien i Vestfold og Regionsenter for barn og unges psykiske helse(Øst og Sør), som tålmodige og serviceinnstilte har hjulpet meg med å finne frem til aktuell litteratur.

En takk går til min arbeidsgiver i tillegg til min leder og alle mine kollegaer, som har fulgt arbeidet med positiv interesse lagt til rette for at studiet kunne gjennomføres.

En stor varm takk går til mine to barn Theodor og Ludvig, som har vist stor tålmodighet gjennom lang tid med mitt arbeid med dette. Takk også til min mor, Are, Gro, Olav og Thomas som på forskjellig vis har bidratt til gjennomføringen av denne studien.

Og sist, men ikke minst vil jeg takke informantene mine, som velvillig stilte opp og delte sine erfaringer med meg. Både ledere og intervjupersoner var engasjerte, imøtekommende og viste positiv interesse til studien, noe jeg opplevde som viktig for gjennomføringen av intervjuene og studiens fremgang.

Innhold

Innhold

1. INNLEDNING	8
1.1. HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	10
1.2. BEGREPSAVKLARING	10
1.2.1. <i>Ambulant behandling</i>	10
1.2.2. <i>Relasjon og allianse</i>	11
1.2.3. <i>Terapeutisk relasjon</i>	12
1.2.4. <i>Miljøterapeut</i>	12
1.2.5. <i>Kontekst og relasjon</i>	12
1.3. MIN FORFORSTÅELSE	13
2. TIDLIGERE FORSKNING	14
2.1. LITTERATURSØK	14
2.2. TIDLIGERE FORSKNING.....	14
3. TEORETISK REFERANSERAMME.....	18
3.1. RELASJONSTEORIER	18
3.1. BRUKERSAMARBEID.....	20
3.2. RELASJONSARBEID MED UNGDOM OG FAMILIE.....	20
3.3. JURIDISKE RAMMER FOR ARBEID MED UNGDOM OG FAMILIE	22
3.4. AMBULANT PSYKISK HELSEARBEID MED BARN OG UNGE	23
3.5. PSYKISK HELSEARBEID I ANDRES HJEM	23
3.6. SYSTEMVERDEN VERSUS LIVSVERDEN	25
4. METODE	27
4.1. VALG AV FORSKNINGSDESIGN.....	27
4.2. VALG AV DATAINNSAMLINGSMETODE	29
4.3. INTERVJUGUIDE	30
4.4. UTVALG AV DELTAKERE	30
4.5. FORESPØRSEL OM DELTAKELSE, REKRUTTERING OG ARENA FOR STUDIEN	31
4.6. TRANSKRIPSJON	32
4.7. ANALYSE	32

4.8.	FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	34
5.	PRESENTASJON AV FUNN.....	36
5.1.	STRUKTURELLE RAMMER MED ROM FOR INDIVIDUELT BEHANDLINGSDESIGN.....	39
5.1.1.	<i>Fleksibilitet</i>	39
5.1.2.	<i>Tilgjengelighet</i>	40
5.1.3.	<i>Tid</i>	40
5.1.4.	<i>Brukersamarbeid</i>	41
5.1.5.	<i>Oppsummering</i>	42
5.2.	ULIKE FORMER FOR RELASJONER I AMBULANT ARBEID	42
5.2.1.	<i>Utvidet pasientbegrep</i>	43
5.2.2.	<i>Kompleksitet</i>	45
5.2.3.	<i>Oppsummering</i>	46
5.3.	RELASJONSDANNELSEN I UNGDOMMENS HJEM.....	47
5.3.1.	<i>Situasjonsbetinget relasjonsdannelse</i>	47
5.3.2.	<i>Oppdagelser</i>	49
5.3.3.	<i>Å kunne være seg selv</i>	51
5.3.4.	<i>Oppsummering</i>	51
5.4.	FAGLIGE OG ETISKE DILEMMA VED TERAPEUTISK RELASJONSARBEID I HJEMMET	52
5.4.1.	<i>Gjest og terapeut</i>	52
5.4.2.	<i>Integritet</i>	53
5.4.3.	<i>Maktforskyvning</i>	54
5.4.4.	<i>Nærhet og avstand</i>	54
5.4.5.	<i>Profesjonalitet</i>	56
5.4.6.	<i>Oppsummering</i>	57
6.	DISKUSJON	58
6.1.	METODEDISKUSJON	58
6.2.	HOVEDFUNNENE	59
6.2.1.	<i>Relasjonsarbeid i brukerperspektivets tegn</i>	60
6.2.2.	<i>Helhetsperspektivets innflytelse på relasjonsarbeidet</i>	62
6.2.3.	<i>Relasjonsarbeid i ungdommens dagligliv</i>	65

6.2.4.	<i>Å være eller ikke være inkludert på andres hjemmearena</i>	68
6.3.	BETYDNING FOR PRAKSIS	73
6.4.	FREMTIDIG FORSKNING	73
7.	KONKLUSJON	75
8.	LITTERATURLISTE	76

Vedlegg 1: LITTERATURSØK

Vedlegg 2: INTERVJUGUIDE

Vedlegg 3: BREV TIL INFORMANTER

Vedlegg 4: FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Vedlegg 5: SAMTYKKEERKLÆRING

Antall ord: 22 426

1. Innledning

I Stortingsmelding 25 ”Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene” (1996-97, Kap. 1) ble prinsippene om brukerstyrte lavterskeltilbud i nærmiljøet ved bruk av evidensbaserte metoder tydeliggjort i form av krav om økt tilgjengelighet, økt faglighet og økt behandling utenfor institusjon av alvorlig psykososial problematikk.

Det overordnede mål med ”Opptrappingsplanen for psykisk helse” (St.prp. nr. 63, 1997-98) er å skape kvalitativt bedre, mer effektive og tilgjengelige tjenester for brukere og samarbeidspartnere i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Man ønsker å dreie ressursbruken fra tradisjonell institusjonsbehandling mot økt poliklinisk, ambulant og dagbasert virksomhet. Man ønsker en bedre samhandling med barnevern, skole, primærhelsetjeneste og andre etater. Brukerne skal oppleve mest mulig sømløse behandlingskjeder med klar ansvars plassering til enhver tid.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, ”Sammen om psykisk helse” (Sosial- og helsedepartementet 2003) tiltak 74, har følgende ordlyd:

”Det er bred faglig enighet om at barn og ungdom så langt som mulig bør gis tiltak og behandling i sitt nærmiljø, uten institusjonsinnleggelse....”

I strategiplanen (Sosial- og helsedepartementet 2003:26) begrunnes dette med at ”institusjonsinnleggelse kan ha negative bieffekter i form av passivisering, umyndiggjøring og avstand til det miljøet man senere skal leve i. Det er også erfaring for at problembelastet ungdom i institusjon kan ha uheldig innvirkning overfor hverandre”. Det anbefales å tilrettelegge for et lokalt tilbud i samarbeid med aktuelle 2. linjetjenester, uten innleggelse.

”Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge” følger opp regjeringens strategiplan på denne måten:

”Alle helseforetak bør etablere ambulante team innen psykisk helsevern for barn og unge eller øremerke stillinger til denne arbeidsformen.” (Sosial- og helsedirektoratet 2008:39)

De siste årene er det blitt etablert egne ambulante team ved stadig flere barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og dag/døgneheter i Norge. Ambulant behandling anvendes i stadig større utstrekning i psykisk helsevern. Regionsenter for barn og unges psykiske helse (Furre 2007) understreker at etablering av ambulante team bør fungere som et

supplement, og styrke ikke erstatte den etablerte praksis med å bruke hjemmebesøk og annen utadrettet virksomhet knyttet til psykisk helsevern for barn og unge.

Relasjonen mellom brukeren og helsearbeideren utgjør selve kjernen i psykisk helsearbeid, og kan utgjøre forskjellen mellom å håndtere egen lidelse og det å bli kronisk psykisk syk ((Magnusson 2001 og O'Brien 2000). Det å etablere relasjoner blir sett på både som et behandlingstiltak og et mål for behandlingen (Borg & Topor 2003).

Studiens tema er kontekstens innflytelse på relasjonsarbeid i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Når behandlingen foregår et annet sted enn institusjonen, settes behandlingsrelasjonen i en ny sammenheng med andre normer og regler. Dette gir helsearbeideren andre og mer komplekse utfordringer enn de som oppstår i en institusjon (Magnusson 2001). Gjennom dette søkes det å synliggjøre muligheter og begrensinger ved en arbeidsform som i organiserte rammer er forholdsvis ny i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

1.1. Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å undersøke og belyse hvilke erfaringer miljøterapeuter i ambulante team i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste har med relasjonsarbeid. Det søkes å belyse hvilken innflytelse den ambulante arbeidsformen har på relasjonsdannelsen og relasjonsarbeidet. Videre søkes det å undersøke ulike former for relasjoner, relasjonsarbeid sett i lys av strukturelle og etiske rammer.

Problemstillingen for denne studien er som følger:

Hvilke erfaringer har miljøterapeuter i ambulante team med relasjonsarbeid innenfor barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste?

Fokus for studien er på kontekstens innflytelse på relasjonsarbeid i ambulante team. Konteksten påvirker og åpner for forskjellige typer interpersonelle prosesser. Kontekst og interpersonelle prosesser kan derfor ikke skilles helt fra hverandre når en skal forsøke å få et bilde av relasjoner. Studien vil således inneholde tema innenfor de interpersonelle prosesser i en relasjon.

1.2. Begrepsavklaring

I studiens teoridel brukes de begrepene teoretikerne selv har anvendt. I presentasjonen av funnene brukes mine og intervjupersonenes begreper. I hovedfunnene brukes begrepene som i presentasjonen av funnene, som nyanseres ved behov gjennom teoretikernes begreper.

1.2.1. Ambulant behandling

Ambulant behandling finner sted når behandling, utredning eller rehabilitering foregår ved at behandlerne er i bevegelse mot klientens verden i deres eget miljø. Brukerens eget miljø kan for eksempel være hjem, skole, eller fritidsaktiviteter. Uttrykket ”ambulant behandling” sier ikke noe om innholdet i behandlingen. Behandlingen inkluderer oftest familie og nettverk (Furre 2007). ”Ambulant behandling kan brukes både i akutte saker, avgrensede behandlingsoppdrag, i langstidsoppfølging og der brukeren ikke kan eller vil møte poliklinisk.” (Sosial- og helsedirektoratet 2008:39).

Ambulant psykisk helsearbeid med ungdom reguleres av de lovbestemmelser som normalt gjelder for virksomheten innenfor barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Psykisk helsevernlovens § 3-5 om tvungent psykisk helsevern står i en særstilling, og vil ikke bli beskrevet i denne studien.

1.2.2. Relasjon og allianse

Det latinske ordet for relasjon, "relatio", betyr blant annet forhold, føre tilbake og flytte tilbake. Å relatere seg betyr å forholde seg til noe eller noen. Å forholde seg til relasjoner er helt grunnleggende for den menneskelige væremåten (Aanderaa 1994).

Helsearbeiderens menneskesyn baserer seg på solidaritet og likeverdighet mellom mennesker, og innebærer at vi ikke bare har ansvar for oss selv, men også for menneskene i våre omgivelser (Magnusson 2001).

Buber (2007) beskriver jeg-du møtet mellom to som et vågestykke, der man ikke kan vite hva som skal skje. I dette møtet er det essensielt å kunne åpne opp for å kunne kjenne på den andres annerledeshet. På den måten kan man løsrives fra å være to selvstendige "jeg" til at de to som møtes får en dypere forståelse. De vikles inn i hverandres liv, og det oppstår en relasjon.

Alliansen mellom klient og psykisk helsearbeider blir skapt ut fra klientens behov for hjelp og psykisk helsearbeiders svar på hans eller hennes behov. (Hummelvoll 1996). Alliansen karakteriseres av en atmosfære av fellesskap og øker klientens selvvinnsikt og forståelse av situasjonen, som bidrar til hans evne til å løse sine helseproblemer, eller til å leve med dem. For å få dette til er det viktig at hjelperen har evne til veksle mellom nærhet og distanse gjennom støtte og samtaler om utfordringer. Relasjonen mellom klient og helsearbeider i psykisk helsearbeid er viktig ved at den kan kompensere for den ensomhet, hjelpeløshet, isolasjon og angst mange klienter opplever (Hummelvoll 1996).

Horvath (2001) hevder at begrepet "terapeutisk allianse" sier noe om kvaliteten og styrken av behandlingsrelasjonen mellom klient og terapeut. Sentrale begreper er tillit, å like, respekt, omsorg og bry seg om. Kognitive aspekter ved alliansen er metode, enighet om mål, aktiv forpliktelse og engasjement.

1.2.3. Terapeutisk relasjon

Den terapeutiske relasjonen skiller seg fra andre relasjoner ved at den ikke er symmetrisk. Det kommer av at det er basert på et forhold mellom en som trenger hjelp og en som skal hjelpe. Som psykisk helsearbeidere, har vi kunnskap om å hjelpe andre. I noen tilfeller kan det være at vi må bruke denne kunnskapen til å overprøve brukerens behov og ønsker, slik at brukerens autonomi kan bli satt til side (Tshudin 1986).

Samtidig kan en finne en gjensidighet i en terapeutisk relasjon gjennom den dialektiske relasjonsforståelsen (Schibbye 2002). Gjennom en subjekt-subjekt-tilnærming har hvert individ en opplevelsesverden med tanker, følelser og meninger som verden fortolkes på bakgrunn av. Mennesket forstås i relasjon til andre mennesker gjennom denne opplevelsesverdenen. Dermed blir både miljøterapeuten og ungdommen noen som får og gir. Gjennom denne forståelsen ligger det muligheter for selvutvikling for terapeuten i det å arbeide med menneskers livsproblemer (Schibbye 2001). Dialektikk er å forene seg om det tredje. En kommer med en tese, som formidles til en annen, som kommer med en antitese, som ender opp i en syntese. Dette er det de finner i forblir det de har i fellesskap. Symmetrien i forholdet vil variere i forskjellige nyanser. I dialektikken fungerer individet både som subjekt og objekt i en gjensidig prosess. Individet kan se seg som objekt og kan også se den andre som subjekt og objekt, og er et opplevende subjekt (Schibbye 2002).

1.2.4. Miljøterapeut

”Miljøterapeut” er en samlebetegnelse som vanligvis anvendes innenfor barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og omfatter ulike høgskoleutdanninger, som sosionom, barnevernspedagog, sykepleier, vernepleier og førskolelærere. Disse har gjerne en eller flere videreutdanninger knyttet til psykisk helsearbeid. Betegnelsen omfatter alle profesjonene som er intervjuet, er generelt nok til å anonymisere intervjupersonene og anses derfor som et egnet begrepet for deltagerne i studien.

1.2.5. Kontekst og relasjon

Konteksten utgjøres av rammer og sammenheng for behandlingen, og innebærer ungdommens relasjoner og systemet der de lever, i tillegg til strukturelle, fysiske og organisatoriske rammer. Ifølge Peplau former konteksten en relasjon ved at kommunikasjon, mønsterintegrasjon, roller, tenkning og læring, kompetanse utviklet av læring og praksis og hva som vekker angst, oppstår som en del av miljøet mennesket befinner seg i (Forchuk 1993).

1.3. Min forforståelse

Gjennom mange års erfaring fra omsorg på dagliglivets arenaer for multihandicappede, hjemmesykepleie og ambulant arbeid i barne- og ungdomspsykiatri har jeg erfart at det å møte ungdom og familie i deres daglige miljø, åpner for nye og andre muligheter for å danne relasjoner og opprettholde dem enn de jeg har opplevd i mitt arbeid i en institusjon. Det kan være både givende og ansvarstyngende å være eneste fagperson i et hjem. Jeg har opplevd mange nære, fine og inntrykksfulle relasjoner gjennom et mer gjensidig personlig møte i klientenes omgivelser. Jeg har også opplevd relasjoner som jeg har vært usikker på om har blitt for nære, og som har satt i gang refleksjoner i forhold til grenser for profesjonalitet. Et av mange minner fra mange år tilbake, var da en av klientene jeg besøkte i kommunehelsetjenesten, fortalte fornøyd, at en kollega av meg hadde bestemt fargen på den nye sofaen og biltypen de skulle kjøpe. Jeg har ikke funnet noe enkelt svar på om dette kunne forstås som riktig eller galt.

Tilnærming som inkluderer ungdommens betingelser for dagliglivet, ligger mitt hjerte nært. En ungdom med psykiske lidelser kan sjeldent behandles, men enda sjeldnere forstås helt utenfor det systemet ungdommen lever i. Jeg har tidligere vært opptatt av og skrevet om relasjonsarbeid med barn og unge.

Før avdelingen der jeg arbeider fikk et uttalt ambulant tilbud, hadde jeg fokus på muligheten for å gjennomføre behandlingsarbeidet i ungdommens nærmiljø. Om det ikke viste seg hensiktsmessig ville min neste vurdering være å tilby ungdom innleggelse sammen med foreldre. I noen tilfeller var det mest hensiktsmessig å behandle ungdommen alene, uten foreldre.

Gjennom mitt nåværende arbeid ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, med arenafleksibelt tilbud for 12-18-åringer, ser jeg behovet for et differensiert tilbud til barn og unge med psykiske lidelser. Det arenafleksible tilbudet innebefatter ambulante tjenester, døgnopphold i institusjon, familiebehandling, dagtilbud, skole, polikliniske samtaler og gruppetilbud. Det differensierte behandlingstilbudet gir mulighet til å tilpasse behandlingstilbudet till hver enkelt ungdoms behov.

2. Tidligere forskning

2.1. Litteratursøk

Jeg vil i dette kapittelet presentere forskning som på ulike måter gir innspill til oppgavens problemstilling. Norsk forskning som belyser ambulant arbeid med ungdom i barne- og ungdomspsykiatri er begrenset (Furre 2007, Hviding, 2006). Forskingen som presenteres her belyser relasjoner og relasjonsarbeid, familiearbeid og ambulant familiearbeid med ungdom, bedringsforskning og arbeid i hjemmet.

Søkingen etter artikler har foregått fra studiens begynnelse og underveis i arbeidet.. Egne og assisterte litteratursøk er foretatt i Bibsys, SweMed, Medline, Cinahl, Proquest og PsycINFO, der jeg varierte med søkeordene: "ambulatory care", "home care", "community based", "outpatient treatment", "relations", "working alliance", "therapeutic relation", "nurse-patient-relations", "psychiatry", "psychiatric", "mental", "adolescent", "children", "professional ethics", "ethics", "systemic", "systemic therapy", "family therapy" og "milieu therapy" (Se eksempel på litteratursøk i vedlegg 1). I tillegg har jeg fått litteraturanbefalinger gjennom Regionalenhet for barne- og ungdomspsykiatri, ansatte i ambulant team i barne- og ungdomspsykiatrien og andre ressurspersoner.

2.2. Tidligere forskning

Både norske og internasjonale studier viser at helsearbeiderens evne til å skape en god relasjon er viktig for behandlingsresultatet (Hummelvoll 1996, Borg & Topor 2003, O'Brien 2000 og Johnson et al 2002).

I boken *The heart and soul of change: What works in therapy* studerer Miller, Hubble og Duncan (1999) bedringsprosesser i terapi. Gjennom forskning basert på både kvalitative og kvantitative studier, finner de fire hovedfaktorer som forklarer bedret psykisk helsetilstand. Førti prosent kan forklares ut fra pasientens styrke sammen med støtte fra omgivelsene og egen deltagelse i sosiale sammenhenger. Tretti prosent forklares ut fra relasjonelle kvaliteter, som empati, omsorg, varme, akseptasjon, bekreftelse og oppmuntring. Håp, forventninger og at det skjer noe, representerer femten prosent. De siste femten prosentene er prosedyrer relatert til bestemte metoder. Hovedvekten i bedringsprosessen tilskrives pasientens egen styrke og ressurser, støtte fra pasientens miljø og positive relasjonelle erfaringer.

I sin studie *Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses* finner O'Brien (2000) at det å være tilstede, å bry seg, å etablere tillit og støtte gjennom forandringer, er tema som er viktige for å etablere og opprettholde en terapeutisk relasjon i arbeid med mennesker med psykiske lidelser.

Borg og Topor gjennomførte i 2003 en studie som bygger på intervjuer med femten personer med en alvorlig psykisk lidelse. Studien hadde til hensikt å få kunnskap om hva som er hjelpsomt og som bidrar til bedring ut fra pasientens perspektiv. Studiens tittel *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* viser til at "det å komme seg gjennom en alvorlig psykisk lidelse i stor grad handler om samspill med dem og det som er rundt. Faktorer som blir trukket frem som viktige for relasjonen med en fagperson er tid, håp, forståelse for å være mer enn en psykiatrisk diagnose, brukerdeltakelse og støtte gjennom erfaringer på dagliglivets arenaer. Omgivelsene der personalet fra psykiatrien møter brukerne, viser seg å spille en stor rolle for den hjelpen som formidles. Studien viser at det som intervjupersonene vurderer å være mest hjelpsomt er omgivelser med få regler og rutiner, som gir større handlingsrom med mulighet for flere og mer fleksible roller (ikke bare rollen som pasient). Kvaliteten på relasjonen til omgivelsene vil være avgjørende for om pasienten motiveres til å gå inn i et forandringsarbeid, og om de iverksatte tiltakene vil virke positivt inn på bedringsprosessen.

Hummelvoll og Graneruds (1996) studie "*Å arbeide i felten. Den psykiatriske sykepleier som "libero" i kommunehelsetjenesten*" viser at psykiatrisk sykepleiers arbeid i kommunehelsetjenesten var fritt og fleksibelt, og innebar en frihet til å etablere samspill og uortodokse allianser. Sykepleierne i studien søkte en aktiv deltakelse fra klientenes side, for å gi arbeidet retning og mening, og fordi klientens behov skulle styre samarbeidet. Sykepleierne i studien arbeidet med klient, familie, nettverk og ulike instanser i kommunen. Dette begrunnes med at helse i avgjørende grad påvirkes av en kjede av sammensatte sosiale nettverk. Sykepleierne beskriver at de trenger noen å "spille" sammen med, samtidig som de er fristilte. Det kommer frem et behov for veiledning på grunn av stillingens selvstendige og ensomme karakter, og fordi det anses nødvendig med distanse i relasjonsarbeidet for å kunne gå inn i en nær relasjon på nytt.

Ulike studier viser at sosiale ferdigheter slik som kapasiteten til å etablere og opprettholde relasjoner, er blant de avgjørende faktorene for terapeutisk allianse hos voksne pasienter (Horvath & Luborsky 1993) og hos barn (Shirk & Saiz 1992). Ungdom som har vært utsatt

for omsorgsvikt har vanskeligere for å etablere en tillitsfull allianse i enn andre (Sarnecki 1996 og Brassard, German & Hart 1987). Flere studier viser at en trygg følelsesmessig tilknytning er avgjørende for utviklingen av en god selvfølelse og evne til å etablere varige, intime relasjoner til andre (Groholt 1999 og Winnicot 1956). Denne evnen viser seg å gi kompetanse og evne til å mestre ulike vanskelige situasjoner senere i livet.

Studier av ungdom som mottar psykiatrisk behandling, viser at foreldrene vanligvis blir involvert i behandlingen (Israel et al 2004, Johnson et al 2002 og Thorsén, Fredäng & Sundberg 2006). Israel et al (2004) studie *Parental engagement in psychotherapy with adolescents* er en kvantitativ undersøkelse av ungdom i Norge, og deres foreldres deltagelse ved behandling av psykiske lidelser. Studien viser at barn og unge sjelden vurderer at de selv har behov for psykiatrisk bistand. Ungdom er vanligvis ikke aktive i henvisningsprosessen. Videre vises det til at foreldre har stor innvirkning på sine barns mentale helse, og at resultatet av psykiatrisk behandling av ungdom er signifikant bedre der foreldre deltar, enn der foreldrene ikke deltar. Samlet sett har terapeutene i denne studien like mye kontakt med foreldrene som de har med ungdommene. Å involvere foreldre i behandlingsarbeidet, krever sensitivitet fra terapeutens side for ungdomsperiodens spesielle utfordringer, ungdommens egne behov og behov i samspillet med foreldre. I tillegg må terapeuten kunne skille ut foreldrenes behov og hjelpe til med å definere deres roller under behandlingsforløpet.

Johnson et al (2002) amerikanske studie av den terapeutiske alliansen i hjemmebasert terapi med barn og ungdom, viser at betydningen av alliansen til terapeuten varierer seg forskjellige for de ulike familiemedlemmene, og at de vektlegger komponentene i alliansen ulikt. Studien viser videre at noen familiemedlemmer ikke ønsker terapeutens tilstedeværelse. Det kan være vanskelig for terapeuten å oppnå en god allianse til alle gjennom alle faser i forandringsarbeidet. Det kunne være godt nok for behandlingsarbeidet at terapeuten har en allianse til ett familiemedlem eller til noen av familiemedlemmene.

Yeh og Weisz (2001) studie viser at foreldre og barn sjelden er enige om hva som er årsaken til psykisk uhelse, og at det derfor kan bli komplekst både å intervenere og sette målene for behandlingen. Bordin (1979) og Johnson et al (2002) trekker frem enighet om mål som en av de vesentlige faktorene i den terapeutiske alliansen. Terapeutens oppgave blir å tydeliggjøre familiemedlemmenes ulike perspektiv og hjelpe familien til å bli enige (Johnson et al 2002).

I Thorsén, Fredäng og Sundbergs (2006) studie av barn og unge, kommer det gjennom temaet ”Relasjoner med foreldrene” frem at personalet ikke sjeldent tenkte over foreldrenes måte å fungere på, der foreldrene kunne betraktes som medpasienter. Gjennom studien kommer det frem at personalet har etiske refleksjoner over om det er foreldrene som burde behandles i stedet for barnet, der barnet er den som anses å være symptombæreren i en dysfunksjonell familie. Andre funn viser at det i noen tilfeller blir personalets oppgave å forsøke å begrense foreldrenes altfor sterke innflytelse over sine ungdommer.

Magnussons (2001) studie av psykiatriske sykepleieres omsorg for personer med psykiske lidelser trekker spesielt frem fire dilemma som oppstår i arbeid i hjemmet:

- Å trenge seg inn i pasientens hjem.
- Å oppleve uklare og flytende grenser.
- Å respektere eller overskride retten til privatliv.
- Å befinne seg i en situasjon med gjensidig sårbarhet.

Under de enkelte besøkene helsearbeiderne gjorde, kunne makten i relasjonen mellom pasient og helsearbeider oppleves forskjellig for eksempel når det gjaldt det å slippe inn i pasientens hjem eller ikke. Studien viser at det å trenge seg inn i pasientens hjem, kan oppleves som en trussel for pasienten, og dermed en hindring for dannelsen av en tillitsfull relasjon. Intervjupersonene i studien anså veiledning med kolleger som en moralsk forpliktelse, for å få tatt opp vanskelige spørsmål i forbindelse med psykisk helsearbeid i hjemmet.

3. Teoretisk referanseramme

Gjennom dette kapitlet presenteres ulike relasjonsteorier. I tillegg presenteres teori som beskriver brukersamarbeid, ungdomstid, relasjonsarbeid med ungdom og familie, ambulante team i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, etiske aspekter ved psykisk helsearbeid i andres hjem, og systemverden versus livsverden.

3.1. Relasjonsteorier

Carl Rogers (1951) la vekt på humanistiske verdier og eksistensialistisk filosofi i sine beskrivelser av relasjonen i psykisk helsearbeid. Begreper som kongruens, empati, mellommenneskelig varme og effektiv kommunikasjon er sentrale for den terapeutiske relasjonen. Hjelperens oppgave er å stille seg sympatisk og aksepterende til personen, og møte ham eller henne med varme, toleranse og respekt. På denne måten hjelpes pasienten til å se seg selv på en annen måte. Hjelperens anerkjennelse viser vei for pasienten til å anerkjenne seg selv. For Rogers (1961) er målet og poenget at pasienten begynner å se seg selv på samme aksepterende og respektfulle måte som hjelperens. Slik vil forandringen komme av seg selv. For å få dette til må hjelperen unnlate å vurdere, men i stedet sette seg inn i pasientens sted og se det fra pasientens synsvinkel og oppleve hvordan det føles for den andre. Det er først da virkelig kommunikasjon, forståelse og forandring kan oppstå.

Rogers (1951) innførte betegnelsen klientsentrert terapi og hevdet i likhet med Hummelvoll (1996) at kilden til positiv utvikling ligger hos pasienten selv, og at terapeutens oppgave er å stimulere til positiv utvikling og vekst for pasienten. Pasientens egenevne til innsikt, forståelse og mulighet for forandring er vesentlig. Pasienten selv og pasientens egen opplevelse av situasjonen står i sentrum for terapeutens tilnærming. I likhet med Miller, Hubble og Duncan (1999) hevdet Rogers (1951) at terapeutisk teknikk er relativt uviktig.

Den terapeutiske relasjonen i psykisk helsearbeid beskrives av Peplau (1952) som en pedagogisk og terapeutisk prosess, som gjennomgår fire faser fra orienteringsfasen, via identifikasjonsfasen og bearbeidingsfasen til en avslutningsfase. Disse fasene griper inn i hverandre. I den første fasen har pasienten en aktiv rolle, der sykepleierens oppgave er å veilede pasienten til å identifisere og bedømme sine problemer. I neste fase opplever pasienten sin situasjon tydeligere, og er klar for å lære mer om sin situasjon. Sykepleierens rolle er å veilede og støtte pasienten. Læringen er i begynnelsen imiterende

(mønsterintegrasjon), men kan ikke anses som virkelig læring før pasienten på selvstendig grunnlag tar ansvar for seg selv og sin egen situasjon. I den tredje fasen gjør pasienten bruk av de ressurser relasjonen til sykepleieren har gitt ham eller henne. I denne fasen kan pasientens varierende følelse av å være avhengig og uavhengig av sykepleieren, skape en konflikt hos pasienten. I den siste fasen, avslutningsfasen, frigjør pasienten seg gradvis fra sin avhengighet av sykepleieren. Sykepleierens ulike roller gjennom fasene i relasjonsarbeidet eksemplifiseres som fremmed, ressursperson, underviser, leder, stedfortreder og rådgiver/veileder. Ved å bruke sine kunnskaper og personlighet som et terapeutisk redskap kan helsearbeideren fremme pasientens vekst og velvære. Sykepleieren skal ikke løse pasientens problem, men gi mulighet til utforskning av alternative strategier innenfor relasjonens kontekst.

I dialektisk relasjonsforståelse, som bygger på eksistensiell filosofi, er kjernebegreper anerkjennelse, selvrefleksjon og selvavgrensning (Schibbye 2002). Begrepene knyttes til tillit, åpenhet, barmhjertighet og håp i relasjoner mellom mennesker. Å se igjen, gjenkjenne, befeste og styrke er viktige innfallsvinkler til anerkjennelse. Anerkjennelse gjenspeiler et jeg-du-forhold som bringer noe frem i den andre. Man forsøker å forstå den andre, uten at man trenger å være enig. Selvrefleksjon og selvavgrensning er en forutsetning for å kunne anerkjenne både seg selv og den andre. Selvrefleksjon bidrar til å styrke relasjonskompetanse gjennom økt bevissthet og evne til å kunne skille mellom hva som er mitt og ditt, og hva som tilhører den andre (avgrensning). Selvrefleksivitet innebærer å innta en metaposisjon til relasjonelle erfaringer ved å forholde seg til seg selv, stille seg utenfor og være sitt eget objekt og også se seg selv med den annens øyne (Schibbye 2001). Det er viktig at hjelperen kan tåle de følelsene møtet skaper (containing) og stille seg åpen og oppmerksom i en ikke-vitende posisjon. Ved å møte den andre uten forbehold, legges grunnlag for endring og utvikling også hos den vi møter (Schibbye 2002).

Bang (2003) beskriver begrepene overføring og motoverføring, og fremhever viktigheten av bevissthet og fokus på hjelperens følelsesmessige belastninger i relasjoner med mennesker med psykiske lidelser. Overføring innebærer at de følelser, holdninger og forventninger en person har erfart i tidligere relasjoner ubevisst overføres til terapeuten eller andre personer i nåtiden. Motoverføring dreier seg om terapeutens affektive, kognitive og interpersonelle reaksjoner på pasientens historie og atferd. Hun hevder at hjelperen i verste fall kan føre mennesker vi er satt til å hjelpe, dypere inn i sine problemer og hjelpeløshet.

3.1. Brukersamarbeid

I lys av diskursetikken er brukersamarbeid betydningsfullt for den terapeutiske relasjonen. Diskursetikken vektlegger likeverdighet mellom mennesker, der makten vi utøver i forhold til hverandre må få minst mulig spillerom (Henriksen & Vetlesen 2006). Dette er knyttet sammen med å sikre hverandre retten til å bestemme over vårt eget liv. Gjennom fellesskap og dialog med andre, kan vi vinne innsikt og komme frem til løsninger vi deler (Henriksen & Vetlesen 2006).

Sundet (2007) mener brukersamarbeid må sees i sammenheng med maktperspektivet i relasjonen mellom terapeut og klient, og skisserer dermed en ny form for profesjonalitet. Han viser til at forskning synliggjør behovet for at brukerperspektivet gis forrang i terapeutiske relasjonen, ved at behandlingen tilpasses klienten. Terapeutens involvering og tilpasning til klientens ønsker, preferanser og forventninger er betydningsfull. Klientene, som den marginaliserte parten, må få større plass i relasjonen på bekostning av terapeutens plass.

Den vanskeligste, men samtidig den mest betydningsfulle form for brukermedvirkning, er der det finnes mange aktører med ulike erfaringer og oppfatninger (Vatne 1998).

3.2. Relasjonsarbeid med ungdom og familie

En ungdom er en udelelig helhet med omgivelsene og er blitt og blir seg selv i et gjensidig samspill med de relasjonene han eller hun lever i (Buber 2007, Heidegger 2007, Hummelvoll 1995, Rogers 1951 og Schibbye 2002). Denne forståelsen av mennesket fører til at fokus i psykisk helsearbeid flyttes fra det syke mennesket, til et fokus på mennesket slik det opplever sin verden og slik det utfolder seg i den.

Økologibegrepet brukes i psykologien for å fremheve et helhetsperspektiv på behandlingen og sammenhengen i barns oppvekst og utvikling. Bronfenbrenner (1979) går ut over individualpsykologiens rammer og plasserer individet i en utviklingsprosess som påvirkes av sosiale relasjoner som oppstår i og mellom de ulike miljøene mennesket befinner seg i (Klefbeck & Ogden 1995).

Gjennom å innlemme familien i behandlingen kan de pårørende bli viktige støttespillere gjennom å bli bedre rustet til å mestre situasjoner som er belastende. Foreldre og nettverk

kan oftest med fordel medvirke til informasjon, formidling og gjennomføring av behandlingstiltak. Dette kan hindre institusjonsinnleggelser, og ha en forebyggende effekt ved at helsearbeideren hjelper familien til å føle at de etter hvert mestrer situasjonen på egenhånd (Løkensgard 1999, Furre 2007).

Flaskas (2004) beskriver kjennetegnene i den terapeutiske relasjonen i familierapi, som en relasjon der terapeuten ikke kan stille seg utenfor systemet og de relasjoner som inngår i dette. Terapeuten er gjennom nysgjerrighet og nøytralitet, ikke-vitende-, lytte- og vitneposisjon en deltaker som gir seg selv til kjenne gjennom egne reaksjoner og tydelighet. Det som skjer i samtalene er faktiske hendelser som har betydning, og som derfor øker muligheten for at det utvikles en relasjon som berører alle parter. Flaskas (2004) fremhever, at denne type terapi øker betydningen av å forstå alle de reaksjoner som skjer mellom de involverte parter, og at miljøterapeuten (inkludert) på denne måten blir mer involvert.

Buber (2007) uttrykker at ”mennesket blir til jeg ved du-et”. Det er i gjensidige jeg-du forhold at møter mellom mennesker finner sted. Dette forutsetter at de voksne er villige til å tre inn i barnets eller ungdommens opplevelsesverden og se ting fra deres perspektiv – uten å miste kontakten med seg selv som person. Gjennom å forholde seg til andre mennesker, lærer barnet å forholde seg til seg selv, sine tanker, følelser og opplevelser.

Ungdomstiden er preget av å være en periode for re- og nyorganisering. Erikson (1968) beskriver ungdomsalderen som en psykososial krise som skal bringe individet frem til voksen identitet. I denne perioden av livet tar ungdommen oppgjør med det hun/han tidligere har oppfattet som normer og regler fra foreldre. Ungdom opplever ofte forandringer både når det gjelder fysiske, biologiske, psykologiske og sosiale forhold (Erikson 1968). Temaer og dilemmaer rundt det kjente og det ukjente, det gamle og det nye er derfor ofte aktuelle i denne perioden (Sundet 2000). Ifølge Stern (1985) opplever ungdom de nye tingene som stiger frem for dem, mer helhetlig enn de klarer å verbalisere. Et kjennetegn for ungdomstiden er følelsen av uro. Et annet kjennetegn er at ansvaret for eget liv blir tydeliggjort, noe som innebærer at omgivelsene forventer at man også kan ta hånd om sine affektive tilstander. Tema som vedrører autonomi, avhengighet, nærhet, distanse, opprør og innordning er ofte aktuelle for ungdom i behandling for psykiske lidelser (Sundet 2000). Voksenpersoners regulering av en ungdoms affektive tilstand, blir ofte oppfattet som en ubehagelig innblanding i ungdommens autonomi. I behandling av ungdom er det viktig at

terapeuten er var for og kjenner etter på seg selv hvilket affektivt klima som råder i relasjonen (Sundet 2000).

Beutler og Castonguay (2006) finner at stor pasientmotstand er forbundet med dårligere terapieresultater, og at det å tilpasse terapeutens grad av styring til pasientens motstand forbedrer resultat og terapivirkning. Dette medfører et fokus på terapeutens evne og holdning til å følge pasientens egne valg for mestringsstrategi. Mangel på endring vil i dette perspektivet kan sees mer som et terapeut- og metodeanliggende enn som et pasientanliggende. På denne måten kan relasjonen og forandringsarbeidet sees på som en mer likeverdig prosess man går sammen.

I artikkelen *“The vehicle of success: Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry.”* argumenterer Catty (2004) for at terapeuter som er fleksible når det gjelder hva de vil gjøre for pasientene, ofte beveger seg utenfor den profesjonelle rollen, og at dette bidrar til å skape en sterk allianse. Når en gjør ting for pasienter som de synes er viktig, understrekes dette å bidra til at pasienten føler seg tatt på alvor, og at en blir verdsatt for den en er.

3.3. Juridiske rammer for arbeid med ungdom og familie

Inkorporering av FN's barnekonvensjon i norske lover, har styrket barns medbestemmelsesrett og rett til å bli hørt. Etter pasientrettighetslovens kapittel 3 har et barn, uansett alder, krav på informasjon om sin tilstand og om behandlingen av denne. Dersom barnet er under 16 år, skal foreldre eller andre med foreldreansvar gis informasjon som er nødvendig for å få innsikt i barnets helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Helsepersonell har som hovedregel taushetsplikt overfor foreldrene når det gjelder barn over 16 år, med mindre barnet samtykker i at opplysninger gis til foreldrene.

Etter pasientrettighetslovens § 3-1 har både barnet og foreldrene rett til medvirkning når det finnes flere forsvarlige behandlingsformer.

Etter psykisk helsevernlovens § 4-4 har foreldre eller andre med foreldreansvar rett til å samtykke til etablering av individuelle behandlingstiltak for barn under 16 år. Foreldre har ikke tilsvarende rett etter at barnet er fylt 16 år.

3.4. Ambulant psykisk helsearbeid med barn og unge

Regionsenter for barn og unges psykiske helse's kartlegging av 23 ambulante team i Norge (Furre 2007) viser at ambulant virksomhet ser barnets problemer i sammenheng med forholdene til andre personer i barnets miljø, som familie og nettverk. Arbeidet gjøres med fokus på relasjon, der det vektlegges en kontinuitet i behandlerteamene. Nært samarbeid mellom behandlerne, ungdommen og omsorgspersonene som en forutsetning for vellykket behandling. Et av målene er at miljøforholdene ligger bedre til rette når behandlingen avsluttes og at behandlingseffekten dermed blir langvarig. De ambulante teamene er tverrfaglig sammensatt, og har mer miljøterapeutisk kompetanse enn de fleste andre polikliniske team. Teamene samarbeider i stor grad med andre instanser. Behandlingstilbudet fra ambulante team er preget av fleksibilitet, brukerstyring og lett tilgjengelighet. Utarbeiding av individuelle planer for klientene, er viktig for å ivareta et helhetlig, sammenhengende og godt kvalitativt tjenestetilbud.

Kartleggingen viser et mangfold i teamenes organisering og faglig innhold, som er etablert ut fra lokale behov. Det er ikke enighet om alle behandlingsmetoder kan benyttes ambulant. De fleste legger spesielt vekt på behandlingsmetoder som styrker klientens samspill og tar i bruk ressursene i det sosiale nettverket. Kunnskap om effekten av ambulant behandling beskrives som mangelfull. Det er ikke evidensgrunnlag for å hevde at ambulante tjenester er bedre enn institusjonsbehandling.

3.5. Psykisk helsearbeid i andres hjem

Når vi som terapeuter i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste kommer inn i ungdommens hjem, krysser vi grensen mellom det private og offentlige, samtidig som vi tar med oss noe av det offentlige inn i den private sfæren. Terapeuten kan føle at hun eller han går over flere grenser samtidig, i forhold til arenaen for arbeidet, arbeidets art og situasjonen for den som trenger hjelp (Hegerstrøm 2002). Å arbeide i et annet menneskes dagligliv, innebærer at helsearbeideren stilles ovenfor helt spesielle praktiske og etiske problemstillinger (Magnusson 2001).

Informantene i Furre's (2007) kartlegging beskrev følgende faglige dilemma i ambulant arbeid:

- Rollen som gjest og terapeut.
- Ivareta sin egenart som terapeut i arbeid på klientens hjemmearena.
- Balanse mellom fleksibilitet/tilgjengelighet og faglig identitet.
- Kunne ivareta det individuelle.
- Være regissør.
- Makte å utnytte hjemmearenaen.
- Være bevisst hvilke ansvarsområder en har som terapeut.

Ansatte i ambulante team i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste står daglig overfor faglige dilemmaer som krever betydelig formell og uformell kompetanse. Det vil derfor være behov for fast veiledning rettet mot den ambulante virksomheten (Furre 2007)

Den etiske konflikten, ligger i vurderingen mellom å trenge seg på eller å respektere pasientens ønske om å få være i fred, og er et spørsmål om pasientens tillit til helsearbeideren, men også et spørsmål om helsearbeiderens profesjonelle ansvar (Magnusson 2001).

Begrepet "integritet" omhandler en persons rett til å opprettholde sin verdighet uansett ytre forhold. En persons integritet er et personlig rom, som mennesket selv har rett til å regulere hvem som skal få tilgang til. Å motta omsorg er potensielt truende for vår integritet. (Hummelvold 2004). Det kan føles som en ekstrabelastning at behandleren kommer inn i et privat hjem, og kan få de som bor der til å føle at behandleren trår nær eller over grensen for deres integritet (Solheim & Aarheim 2004).

Som fagpersoner er vi kanskje mest vant til å forbinde personlige relasjonskvaliteter med den private sfæren. Skau (1998) hevder imidlertid at det finnes et betydelig element av det personlige inkludert i den gode profesjonalitet. I møter som befinner seg i ungdommens hjem og i nære relasjoner, kan skillelinjene bli utydelige. Hvor nære relasjoner vi som fagpersoner kan tillate innenfor det som kan kalles "profesjonelt", finnes det ikke et entydig svar på (Magnusson 2001).

3.6. Systemverden versus livsverden

Den private verden er preget av nærhet, umiddelbarhet, følelser og spontanitet. Den offentlige verden er kjennetegnet ved blant annet distanse, nøytralitet, målstyring og regelstyring. Et hjem står i motsetning til en institusjon ved at hjemmet står i sammenheng med det lille, det nære, oversiktlige, personlige og private. En institusjon står for det store, offentlige og upersonlige (Thorsen 1990). Terapeuter som arbeider ambulant i barne- og ungdomspsykiatrien, beveger seg i begge disse verdenene samtidig. De består av to ulike tankesett med hver sin logikk. Disse to verdenene kan også beskrives som livsverden/systemverden, nærhet/distanse, subjekt/objekt.

Løgstrup's (1982) uttrykk "forenende motsetninger", understreker at alt liv er avhengig av å fortolkes i motsetningsfylte og gjensidig betingede spenningsforhold. Virkeligheten er så komplisert og mangfoldig at den viser seg i forenende motsetninger. Motsetningene er atskilte, men virker likevel sammen. Motsetningene holder hverandre i sjakk og skaper dynamikk. Martinsen (2003) trekker frem eksempler på forenende motsetninger i sykepleiefaglig sammenheng, som norm og spontanitet, opplevelse og refleksjon, fremmedhet og fortrolighet, beherskelse og hengivenhet. Hun hevder at en forenkling av disse begrepene kan føre til instrumentalisme på den ene siden og sentamentalitet på den andre.

I en institusjon utøves aktiviteter i større grad under samme tak, under et felles myndighetsområde, og innrettes etter en standardisering og likebehandling av klientene som er der (Thorsen 1990). I en institusjon er man klient, på linje med andre klienter i en større og mer anonym masse, der klientene skiftes ut (Thorsen 1990).

I et hjem er de som bor der i prinsippet likeverdige familiemedlemmer, selv om man vil finne grader av myndighet (Thorsen 1990). Å være hjemme hos seg selv gir større mulighet for å vise seg som den man er, og vil være - som "sitt egentlige og mest sanne jeg" (Solheim & Aarheim 2004).

Hjemmet inneholder viktige ingredienser for menneskers identitet og for å bevare noe av sitt eget og dermed seg selv (Rolness 1995). Å komme inn i andres hjem åpner for tanker om hvordan livet til de som bor der, har vært og er. Slike observasjoner har vist å være usikre og lite entydige (Hegerstrøm 2002). Skau (1996) etterspør en frigjøring fra egen subjektive målestokk, slik at man kan møte andre ut fra deres egne forutsetninger.

Kolberg (2007) beskriver hvordan personalets oppfatning av pasienter med psykiske lidelser forandret seg når de var utenfor sykehusavdelingen. Det som ble oppfattet som ”sykt” ble borte, og personalet observerte at pasientene tok ansvar for seg selv og andre. Hun skriver: ”Kanskje var det ikke bare pasientene som forandret seg, men også stemningen, forventningene og personalet.” (Kolberg 2007:240). I likhet med Furre (2007) er Kolberg’s (2007) erfaring at pasientens ressurser sees best utenfor sykehus, samtidig som det gir en annen innfallsvinkel til pasientens livssituasjon og erkjennelsen av at en vanskelig håndterlig livssituasjon kan være opphavet til psykisk lidelse.

Heidegger (2007) beskriver menneskets tilværelse i dagliglivet gjennom egentlig og uegentlig væremåte. Betegnelsene har ikke moralsk eller normativt innhold. Betegnelsen ”man” beskriver den uegentlige måten å forholde seg på. I den uegentlige væremåten oppfører vi oss slik man pleier å oppføre seg. Vi mener det man skal mene, og går kledt slik man skal gå kledt. Uegentlig væremåte karakteriseres ved gjennomsnittlighet, avstand og overflatiskhet. Det offentlige liv knyttes til ”man”. ”Man” relateres ikke til enkeltindivids selv, identitet og ansvar, men avlaster det ved å knytte oss til et gjennomsnitt av en gruppe mennesker. Den uegentlige væremåte henger sammen med at mennesket ikke forholder seg til virkeligheten som helhet. Den egentlige væremåte knyttes til å eie, det egne og mitt eget, og henger sammen med erkjennelsen av hva tilværelsen i sin helhet dreier seg om. Gjennom erfaringen av at livet er sårbart og ikke varer evig, blir vi klar over at enhver handling i det å være til, dreier seg om hele vårt liv. I denne erfaringen er det vesentlige å være til for sin egen skyld, med ansvar for seg selv, men også for sine medmennesker. I den egentlige væremåten vil ting eller ”man” være betydningsløst.

Drevdahl (2002) problematiserer samfunnsbegrepet ved å vise samfunnet både gir tilhørighet samtidig som det kan ekskludere. Ved at mennesker med psykiske lidelser defineres tiltrengende profesjonell hjelp, kan det skapes maktskiller ved grupperinger av mennesker. Dette medfører at terapeuter må søke en tilnærming, som motvirker samhandlingsmønstre som fører til sosial eksklusjon og marginalisering. Perspektivet innebærer at miljøterapeutene i ambulant arbeid tar utgangspunkt i ungdommenes liv, og opplevelse av egen situasjon og egne ressurser.

4. Metode

Dette kapitlet inneholder den metodiske fremgangsmåten jeg har benyttet for denne studien. I det følgende vil jeg først gi en begrunnelse for mitt valg av forskningsdesign og en kort presentasjon av det kvalitative forskningsintervju som datainnsamlingsmetode. Videre vil jeg presentere den praktiske gjennomføringen av studien. Her vil jeg gjøre rede for min fremgangsmåte i arbeidet med fremskaffelse av data. Dette omfatter forberedelser, rekruttering av informanter, gjennomføring av og erfaring med intervjuene, transkripsjonen og dataanalyse. Kapitlet avsluttes med forskningsetiske overveielser ved studiens gjennomføring.

4.1. Valg av forskningsdesign

Metode blir beskrevet som det verktøyet vi benytter for å fremskaffe vitenskapelig kunnskap, og handler om veien til målet (Malterud 2003). For å sikre en vitenskapelig tilnærming bør valg av metode foretas på grunnlag av og ta utgangspunkt i studiens problemstilling (Lorensen 1998).

I min tilnærming til studiens problemstilling, var jeg opptatt av å søke kunnskap for å utforske miljøterapeuters erfaringer med relasjoner i ambulant arbeid. Innfallsvinkelen til temaet er erfaringsorientert. Målet mitt var å søke forståelse mer enn forklaringer. Intensjonen med denne studien er å beskrive erfaringer og tanker slik de fremstår for intervjupersonene. Den kvalitative tilnærmingen anses å være hensiktsmessig når en ønsker å gå i dybden og ha fokus på helhet, særtrekk og grunntrekk på det området som skal studeres (Repstad 1998). Metoden egner seg når en ønsker å komme i et nært og direkte forhold til det en vil utforske (Malterud 2003). Videre hevder Malterud (2003) at den kvalitative metode egner seg når en skal utforske menneskelige egenskaper, som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger.

På dette grunnlaget har jeg valgt en kvalitativ tilnærming med en deskriptiv design for denne studien. Det deskriptive design beskriver fenomener slik det fremstår. Med hensyn til at forskning på området er begrenset kan denne studien bidra til nye begreper og sammenhenger, og derfor inneholde elementer av eksplorativt design.(Brink & Wood 1998).

Kvalitativ metode har sitt vitenskapelige grunnlag i fenomenologi og hermeneutikk. Dette utdypes her i lys av Hummelvoll og Barbosa da Silva (1996) og Thornquist (2002).

Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet og relaterer kunnskap til den kontekst den opptrer i. Den fenomenologiske metode er deskriptiv og søker å utforske og beskrive fenomener slik mennesker opplever dem. Ved å innta et innsideperspektiv, vil jeg forsøke å se fenomenet slik det fremstår for informantene. Dette krever en naiv og fordomsfri tilnærming hvor data aksepteres som gitte. Det krever også at jeg som forsker klarer å parentessette egne holdninger, fordommer og meninger slik at det gjøres en så nøytral og korrekt beskrivelse som mulig. Sentralt her er at forskeren har en bevisst og kritisk refleksjon over egen mulig påvirkning på forskningsfeltet.

Hermeneutikken er rettet mot en dypere forståelse av mening, og knytter kunnskapsutvikling i hovedsak til tolkning av tekster. Sentrale begreper i en hermeneutisk tilnærming er forståelseshorisont, fordom og den hermeneutiske sirkel. Forståelseshorisont forstås som en persons samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger. Begrepet fordom knytter seg til at noe kommer før noe annet, slik at en aldri vil være helt forutsetningsløs i møte med en tekst eller et materiale, men vil være preget av en tankemessig og erfaringsmessig påvirkning. Den hermeneutiske sirkel representerer et fortolkende prinsipp hvor helheten forstås ut fra delene og delene ut fra helheten. Disse tre aspektene inngår i den hermeneutiske metode. Som forsker vil jeg i møte med forskningsmaterialet være påvirket av teori og egne erfaringer. Tolkningen blir slik sett gjort i en vekselvirkning mellom empiri, teori og erfaringer. Den vil alltid inneholde et nyskapende element som tas med og implementeres i egen forforståelse. Prosessen er dynamisk slik at hver gang jeg forstår noe nytt, vil det utvide min forståelse av delene og helheten.

Fenomenologi og hermeneutikk står i et forhold til hverandre. Begge er rettet inn mot mening, selv om de har ulik forståelse av begrepene. Den fenomenologiske beskrivelsen vil brukes som utgangspunkt for den hermeneutiske tolkningen.

Denne studien har fokus på miljøterapeutenes profesjonelle livsverden, altså bare den delen som er knyttet til den forståelseshorisont intervjupersonene har gjennom sitt arbeid som miljøterapeuter. For å forstå den profesjonelle livsverden er fenomenologisk beskrivelse og hermeneutisk fortolkning mest relevant (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996). Livsverden er den erfarings- og opplevelsesverden der mennesket lever sitt daglige liv, formet av

opplevelser i fortid og nåtid. Begrepet profesjonelle livsverden fokuserer menneskets forståelseshorisont knyttet til virksomheten som for eksempel psykiatrisk sykepleier eller barnevernspedagog (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996).

4.2. Valg av datainnsamlingsmetode

For å kunne svare på problemstillingen ønsket jeg å søke kunnskap hos de som har levd erfaring med relasjonsarbeid i ambulant team i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

For denne studien er det kvalitative, halvstrukturerte forskningsintervjuet valgt. Det kvalitative forskningsintervjuet bygger på samtalen, og er en faglig konversasjon. Et kvalitativt forskningsintervju har imidlertid en viss struktur og hensikt, og går dypere enn hverdagslige meningsutvekslinger normalt gjør.

”Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å innhente beskrivelser av intervjupersonenes livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet.” (Kvale 1997:39)

Mitt ønske var at intervjupersonen delte sine erfaringer, for videre å gjøre en fortolkning av det som kom frem i samtalen. Fokuset på fenomener og tema gir denne formen for samtaler et annet nivå enn den dagligdagse samtalen. Valg av datainnsamlingsmetode for studien, er gjort for å få innblikk i intervjupersonenes fortellinger, erfaringer, følelser og den verden de lever i, for å se dette fra intervjupersonenes side.

Som følge av den menneskelige interaksjonen under intervjuet foregår en kunnskapsutvikling (Kvale 1997). Dette innebærer at det er samspillet mellom intervjuperson og intervjuer som gir resultatene. Som intervjuer måtte jeg bestrebe en bevisst naivitet i mitt fokus på informantens livsverden og den interpersonlige situasjon et intervju representerer. Jeg forsøkte å få frem gode beskrivelser og å være forberedt på at det som i første omgang kunne oppfattes som sidespor, i neste omgang kunne bli viktig å utforske ytterligere. Kvale (1997) mener det er de spesifikke beskrivelser som er viktige for forskeren å legge merke til, for å forsøke å få intervjupersonen til å nyansere sine beskrivelser av disse. Dette gjenspeiler seg i intervjuets formål, som var å tolke meningsinnholdet i de sentrale temaene som er kommet frem og redegjøre for denne kvalitative kunnskapen i et vanlig språk.

4.3. Intervjuguide

Med hensyn til at kunnskap om ambulante tjenester i Barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste i Norge er begrenset, ble problemstillingen utformet med en åpen tilnærming til feltet. I tråd med den åpne problemstillingen for studien, ønsket jeg en mest mulig åpen intervjuguide (se vedlegg 2). Som det kommer frem av intervjuguiden har jeg valgt å skrive ut to innledende spørsmål i fulltekst. I tillegg til mulige oppfølgingsspørsmål, er det resterende en liste over tema jeg hadde ønske om å berøre under intervjuet. Intervjuguiden ble laget med henblikk på at intervjupersonene skulle fortelle åpent og fritt om sine erfaringer. Denne type intervjuguide gir intervjupersonene stor grad av mulighet til å styre hvordan intervjuet skal skride frem, og hva det skal handle om.

Det ble gjennomført ett prøveintervju, som ga nyttige innspill og erfaringer med intervjusituasjonen. Under prøveintervjuet fikk jeg tilbakemelding om at det opprinnelige åpningsspørsmålet ble for avansert og virket avskrekkende på intervjupersonen. Spørsmålet var formulert slik: "Kan du fortelle meg om noen av dine tanker rundt temaet psykisk helsearbeider i terapeutisk relasjon med ungdom i ambulant arbeid i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste? Fortell gjerne om en terapeutisk relasjon som har betydd mye for deg." Åpningsspørsmålet ble derfor forandret til å være mer åpent og av mindre pretensiøs karakter, slik: "Hvilke assosiasjoner får du når jeg sier terapeutisk relasjon i ambulant arbeid?". Min erfaring er at dette var et brukbart åpningsspørsmål. Gjennom svaret på åpningsspørsmålet kom intervjupersonene inn på andre tema i intervjuguiden som det ble naturlig å gå videre på. Andre ganger var det naturlig å gå videre på overraskende vendinger i intervjuet som ikke nødvendigvis var et tema i intervjuguiden. I etterkant av intervjuene noterte jeg meg tema som var kommet opp under intervjuet og hvordan jeg hadde opplevd samtalen.

4.4. Utvalg av deltakere

For å kunne besvare studiens forskningsspørsmål måtte jeg gå på min erfaring fra ambulant arbeid finnes og snakke med miljøterapeutene som opplever dem. Det ble gjort et strategisk utvalg, som er sammensatt ut fra målsetningen om å belyse problemstillingen for studien (Malterud 2003). På bakgrunn av at det er begrenset forskning på feltet, ble vurdering av utvalgsriterier for deltagelse i studien gjort ut fra ønsket om å få en variasjon med hensyn til profesjoner, erfaring og team. Ulike profesjoner og kortere eller lengre erfaring ga mulighet

til variasjon i data og til å se mulige sammenhenger eller motsetninger. Ved å intervju team tilknyttet ulike barne- og ungdomspsykiatriske enheter ønsket jeg å gi dataene mer fylde.

De fem intervjupersonene ble valgt ut fra tre forskjellige ambulante team. De tre teamene ble valgt ut i samarbeid med Regionalenhet for Barne- og ungdomspsykiatri. Teamene var selvstendige enheter knyttet til barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger. Målgruppen var ungdom fra 12 til 18 år. Miljøterapeutene var oftest alene ute på oppdrag. Diagnosene varierte og behandlingen var basert på frivillige tiltak. Kontakten med ungdommene varierte fra ett akuttbesøk til kontakt over to-tre år.

Utvalget besto av fem intervjupersoner fra 31 til 52 år. Erfaringen med ambulant arbeid varierte fra 2 til 24 år. En hadde arbeidet ambulant i hele sitt yrkesliv. De fire andre intervjupersonene hadde flere års erfaring fra døgninstitusjon. Utvalget besto av to menn og tre kvinner. Intervjupersonenes profesjoner var barnevernspedagog (3), sykepleier (1) og spesialpedagog (1). To av disse hadde klinisk videreutdanning og de øvrige hadde spesialisering innenfor psykisk helsearbeid og familierapi.

4.5. Forespørsel om deltakelse, rekruttering og arena for studien

Den første kontakten med teamene skjedde gjennom leder via telefon. I samtalen presenterte jeg studien, mine ønsker for organisering av rekruttering og tok opp spørsmål i forhold til gjennomføringen. I tillegg sendte jeg prosjektbeskrivelsen på mail til ledere som ønsket mer informasjon..

Informasjonsbrev, forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring (se vedlegg 3, 4 og 5) ble sendt til lederne, som delte dette ut til alle miljøterapeutene i de ambulante teamene. En uke senere kontaktet jeg lederne, for å undersøke om noen hadde meldt sin interesse. Det viste seg at det var for mange som var interessert i å delta, slik at de selv valgte ut hvem som skulle delta og ikke.

Jeg valgte å foreta intervjuene på intervjupersonenes arbeidssted for ikke å ta for mye av tiden til pasientene i miljøterapeutenes arbeidshverdag.

4.6. Transkripsjon

Når et intervju omgjøres fra et møte mellom to mennesker til opptak på et bånd, for igjen å bli skrevet ned i tekst, får dette en ny form. Kvale (1997) kaller transkripsjonen en abstraksjon og hevder at det ikke finnes en sann og objektiv omgjøring fra muntlig til skriftlig tale. Det konstruktive er at forskeren spør seg hva en nyttig transkripsjon er for den aktuelle studien. Da jeg ikke tidligere har transkribert fra tale til tekst til forskningsformål, ønsket jeg å transkribere så ordrett som mulig, for ikke å miste informasjon som kunne vise seg å bli betydningsfull. Dette skulle vise seg å bli et møysommelig og tålmodighetskrevenende arbeid. Kvaliteten på lydopptaket var av tilfredsstillende karakter, men er i noen få tilfeller vanskelig å transkribere der dialekter kombineres med rask tale. Noe av dette ble oppklart da jeg på ny hørte igjennom intervjuet og kontrollerte transkriberingen.

En erfaring som ble gjort gjennom dette, er at muntlig språk direkte omgjort til skriftlig kan få karakter av å være springende og usammenhengende. Det som virket helt adekvat og sammenhengende i intervjusituasjonen, kunne gi et annet inntrykk i tekst. Gjennom analyse og presentasjon av data vurderte jeg hvordan det som var blitt sagt kunne modifiseres, for å yte intervjusituasjonen mest mulig rettferdighet, og samtidig omskrive direkte muntlig språk til presentabel form.

Hermeneutikken er opptatt av å få en dypere forståelse og av tolkning av mening (Thornquist 2002). Hermeneutisk tolkning forutsetter innlevelsesevne og er en forståelsesprosess som representerer en bevegelse fra helhet til del som en pendel. Gjennom tolkning skjer en innblanding av tolkerens forforståelse og fordommer. Min utfordring i forhold til forståelse av intervjumaterialet dreiet seg om å se det som er nærmest, men også å se det innenfor en kontekst eller en større helhet.

4.7. Analyse

Analysens hensikt er å gjøre datamaterialet tilgjengelig for fortolkning. Analysen er et granskningsarbeid der forskeren til stadighet må spørre seg hva datamaterialet forteller. For denne studien er Kvales (1997) trinnvise analyseprosess benyttet. Trinnene er ikke ment å forutsette hverandre kronologisk eller logisk.

I det første trinnet fortalte intervjupersonene om sine erfaringer med relasjonsarbeid i ambulante team slik de selv opplever temaet. Jeg noterte meg tema, tanker og sammenhenger underveis. Eventuelle uklarheter ble forsøkt avklart. I tråd med beskrivelsene av trinn to, opplevde jeg at intervjupersonene reflekterte og nyanserte sine tanker rundt temaene i intervjuet. I tredje trinn fortetter og fortolker forskeren det som er blitt sagt gjennom intervjuet og presenterer dette for intervjupersonen for å undersøke om det er blitt forstått på den måten intervjupersonen hadde til hensikt. Dette ble gjort gjennom oppfølgingsspørsmål og sammenfatninger av det som var blitt sagt. Gjennom dette korrigerer og nyanserer intervjupersonene min forståelse. Dersom jeg opplevde uklarheter, for eksempel at jeg oppfattet ting som selvmotsigelser, ble disse avklart. Intervjuene ble lyttet til flere ganger og tanker ble notert underveis. I det fjerde trinnet blir intervjuet fortolket av forskeren.

Tolkningen i analyseprosessen foregår på tre nivå som overlapper hverandre: egenforståelse (deltagernes forståelse), allmennforståelse (forskerens forståelse trekkes inn og utvider perspektivet) og det teoretiske nivå (resultatene drøftes opp mot den teoretiske rammen for studien). Det kvalitative forskningsintervjuet er et kontinuum mellom beskrivelse og tolkning av tema i intervjupersonens livsverden (Kvale 1997). Dette innebærer at den kvalitative analysen starter allerede under gjennomføringen av intervjuene.

Transkriberingsprosessen ga mulighet til å se flere detaljer i innholdet og opplevdes i seg selv som en tolkningsprosess. Transkripsjonen ga meg oversikt over hvilke tema som utmerket seg og dataene jeg videre skulle forholde meg til. Alle de transkriberte intervjuene ble lest igjennom flere ganger, og det ble notert tema og meningskategorier i margin. Jeg benyttet Kvaless (1997) teknikker for meningsfortetning og meningskategorisering. Først ble tema i hvert intervju sammenfattet til et konsentrat av meninger og systematisert under kategorier for det enkelte intervju. Deretter ble det konsentrerte tekstmaterialet skrevet på nytt og systematisert under kategorier som utmerket seg. Alt intervjumateriale ble notert med nummer, slik at jeg kunne finne tilbake til sitater under resultatpresentasjonen eller ved eventuelle uklarheter om sammenheng. Til slutt ble det laget en disposisjon i et hierarki, med hovedtema og undertema og grunntema. Systematiseringsarbeidet foregikk på ved å klippe og lime i tekstbehandlingssystemet i Microsoft Word. Avslutningen av analysearbeidet ble gjort gjennom å knytte det teoretiske rammeverket for studien opp mot funnene i intervjuene. Funnene drøftes i lys av hverandre og i lys av aktuell teori.

4.8. Forskningsetiske overveielser

Helsinkideklarasjonen er utarbeidet for å regulere etiske prinsipper til rettledning for medisinsk forskning på mennesker. Deklarasjonens rammer underlegger medisinsk forskning at den skal fremme respekt for alle mennesker og ivareta dets helse og rettigheter (Malterud 2003).

For å sikre at deltagelsen skjedde etter gjeldende forskningsetiske prinsipper, godkjente avdelingsleder studien og distribuerte forespørsel om deltakelse til alle miljøterapeutene i teamene, slik at de selv kunne lese dette. Intervjupersonene ble de informert om studiens hensikt og nytte, hvordan datamaterialet skulle behandles og hvordan studien skulle publiseres, deres rolle i studien, at deltagelse var frivillig og at det var mulighet til å trekke seg fra studien. Intervjupersonene fikk betenkningstid før samtykke til deltagelse ble levert til lederen. Informasjon om anonymitet og frivillig deltakelse, med mulighet til når som helst og uten grunn å trekke seg fra studien, ble gjentatt muntlig før intervjuet startet.

I samråd med veileder ble det vurdert at det ikke var nødvendig å legge studien frem for Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste for godkjenning. Når det ikke søkes, må data behandles anonymt, uten navn som kan kobles til opptakene på diktafonen eller transkriberingen. Opptakene av intervjuene ble oppbevart på privat diktafon, som ikke ble koblet til navn. Det ble ikke opprettet lydfiler på PC. Navn ble heller ikke koblet til de utskrevne intervjuene. Diktafonen og de utskrevne intervjuene er blitt oppbevart på et sikkert sted. Dialekter er blitt skrevet om til bokmål og detaljer kan være omgjort. Etter at studien er godkjent som masteroppgave, slettes opptakene på diktafonen.

Intervjupersonene må kunne stole på at den tilliten som er vist forskeren ved å delta, ikke blir misbrukt (Malterud 2003). For å bevare tillit var det viktig på forhånd å vurdere mulige problemer som kunne oppstå. Det ble vurdert om tema i intervjuguiden kunne bringe frem konfliktfylte situasjoner i terapeutenes arbeidshverdag. Gjennom prøveintervjuet fikk jeg undersøkt forhold som berørte sensitive tema og hvordan den andre opplevde dette.

Etter intervjuene spurte jeg intervjupersonene hvordan de hadde opplevd samtalen.. Noen sa de opplevde en bevisstgjøring i å sette ord på sine erfaringer, og at det var et viktig felt å belyse. Mitt hovedinntrykk var at samtalene var fruktbare, og at vi berørte viktige emner i alle intervjuene.

Forskning rundt spesielle utfordringer miljøterapeuter i barne- og ungdomspsykiatrien møter i ambulant arbeid, er begrenset (Furre 2007 og Hviding 2006). Bevissthet om betydningen av arenaen der miljøterapeutene fra psykiatrien møter brukerne, kan gjøre omgivelsene til et instrument i miljøterapeutenes intervensjon (Borg & Topor 2003). Tydeliggjøring av rolleansvar hos de profesjonelle gir mulighet til refleksjon over praksis mellom bruker og helsearbeider og helsearbeidere imellom (Borge 2008). Kunnskap på dette området er nyttig for miljøterapeuter og ledere ved barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger, som har etablert eller planlegger å etablere egne ambulante team. Studien kan komme både ungdom, familie og de som arbeider med psykisk helse til gode.

5. Presentasjon av funn

Gjennom dette kapitlet presenteres funnene som belyser studiens problemstilling ”Hvilke erfaringer har miljøterapeuter med relasjonsarbeid innenfor ambulante tjenester i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste?”. Presentasjonen inneholder muligheter og utfordringer for relasjonsarbeid som ligger i rammene for ambulant arbeid, hvilke former for relasjoner terapeuten møter, hvordan relasjonsarbeidet influeres av miljøterapeutens tilstedeværende i ungdommens dagligliv, samt etiske dimensjoner ved terapeutisk arbeid med ungdom og familie i et privat hjem.

Gjennom intervjuene ble ambulant psykisk helsearbeid stadig sammenlignet med poliklinisk behandling eller innleggelse i døgningstusjon. Dette er ingen komparativ studie, men det kan likevel komme sammenligninger frem i presentasjonen, slik intervjupersonene formulerte det.

Relasjonen beskrives av en av intervjupersonene som ”limet som holder ting sammen og bærer forandringsarbeidet”. Muligheter for trygghet, tillit, følelsen av å bli forstått og at det gripes tak i det som er vesentlig, beskrives å influere på relasjonen. Gjennom intervjuene kommer det frem at relasjonen er en viktig faktor for hvordan et budskap kan kommuniseres, tas imot og omsettes til handling i en gjendisig prosess.

”En god relasjon opplever jeg - det er en relasjon som tåler åpenhet, og i denne åpenheten ligger det oppriktige, altså at man kan være åpen med oppriktige tilbakemeldinger begge veier... Og at en vet at de tilbakemeldinger man gir er godt ment. At man har gode tanker og gode intensjoner med det man sier. Og at relasjonen tåler uenighet... Da føler jeg at jeg har en god og trygg relasjon til ungdommen, og at jeg kan senke skuldrene litt, og tenke høyt sammen med dem.”

Underkapitlene som følger gjennom presentasjonen av funnene, gjenspeiler intervjupersonenes beskrivelser av at miljøterapeutene i ambulant arbeid må være selvstendige, tilpasningsdyktige, fleksible, tåle lite struktur i arbeidsdagen med selvstendig ansvar for å strukturere arbeidet, ha evne til improvisere og være i stand til å løse nye utfordringer på egenhånd ut fra de situasjonene som oppstår. De må kunne tenke og utføre arbeidet kreativt og ha evne til å gripe situasjonen her og nå.

Sammenfattende oversikt over presentasjon av funn:

Tema	Innhold	Eksempel på utsagn
Kapittel 5.1. Strukturelle rammer med rom for individuelt behandlingsdesign	Fleksibilitet	<i>Jeg står mye friere og kan tenke mer kreativt. Jeg er mer åpen for ulike løsninger</i>
	Tilgjengelighet	<i>Vi er mye mer tilgjengelige på en annen måte. Det er ikke som å møte på en institusjon og sitte ved et bord. Vi har litt andre rammer</i>
	Tid	<i>Samtalene.. kan ta litt mer tid. Det er ikke på klokkeslettet. Det blir litt annet snakk når du er hjemme</i>
	Brukersamarbeid	<i>Vi prøver å...finne ut av hva ungdommene vil, og tar utgangspunkt i det, selv om vi ofte har teorier om at vi kanskje skal en annen plass først</i>
Kapittel 5.2. Ulike former for relasjoner i ambulant arbeid	Utvidet pasientbegrepet	<i>Ute skjer...terapien i ungdommens nettverk og i systemet rundt</i>
	Kompleksitet	<i>Det kan bli mange aktører, så man blir sittende med mange historier og hvor ligger min lojalitet?</i>
Kapittel 5.3. Relasjonsdannelsen i ungdommens hjem	Situasjonsbetinget relasjonsdannelse	<i>Vi fikk en relasjon veldig fort, rett og slett fordi de hadde kattunger</i>
	Oppdagelser	<i>Når jeg kommer hjem til en ungdom...jeg får mye informasjon som jeg ellers ikke får..det er så mye man ikke klarer å artikulere. Det henger i veggene</i>
	Å kunne være seg selv	<i>Det er noe med konteksten. Fordi at hjemme,så er ungdommen mer seg sjøl...Så hjemme føler jeg vel at jeg treffer litt mer deres måte å være på...</i>

Tema	Innhold	Eksempel på utsagn
Kapittel 5.4. Faglige og etiske dilemma ved terapeutisk relasjonsarbeid i hjemmet	Gjest og terapeut	<i>Det er den profesjonelle biten, men samtidig så må du kunne gi av deg selv som privatperson – altså, balansere litt da</i>
	Integritet	<i>Det er deres sfære. Du kan ikke drive å trenge deg inn</i>
	Maktforskyvning	<i>Vi kan bli kastet ut når de ikke vil ha oss lenger...de kommer med kaffe til oss og sanne ting. Det er vi som takker</i>
	Nærhet og avstand	<i>Man får større nærhet til de man jobber med</i> <i>Samtidig må jeg holde den avstanden</i>
	Profesjonalitet	<i>Det tok litt tid å plassere seg i forhold til det å være profesjonell hjemme hos noe</i> <i>Du er jo mye mer alene. Det er vanskeligere på en måte</i>

5.1. Strukturelle rammer med rom for individuelt behandlingsdesign

Intervjupersonene er opptatt av at grunnholdningen til og de mellommenneskelige faktorene i behandlingsrelasjonen bør være det samme uansett hvor behandlingen finner sted. Videre uttrykkes det at relasjonsdannelsen og innholdet blir forskjellig ut fra konteksten der relasjonen dannes og utspiller seg.

Konteksten utgjøres av rammene for behandlingen. De fysiske rammene for ambulant arbeid er annerledes enn i en institusjon ved at behandlingen foregår i ungdommens hjem eller en annen arena utenfor institusjonen. Dette vil påvirke organiseringen av arbeidet, og gi behov for en annen type strukturelle rammer og andre holdninger fra miljøterapeutenes side. I mangel på institusjonens rammer og strukturer, blir miljøterapeutene bærere av strukturene i hver enkelt sak.

5.1.1. Fleksibilitet

Alle intervjupersonene opplever at den ambulante behandlingsarena tillater en fleksibilitet som gir rom for individuelt behandlingsdesign, som igjen står i forhold til den enkelte brukers behov. En av intervjupersonene forklarer fleksibiliteten med færre prosedyrer og rutiner enn det er i en institusjon:

”Ved å jobbe ute...slipper jeg mange prosedyrer og rutiner...Jeg tenker jeg gir et mye bedre tilbud når jeg jobber ambulant fordi jeg står mye friere...og kan tenke mer kreativt....Jeg er mer åpen for ulike løsninger. Det blir mindre tradisjonelt.”

Gjennom intervjuene kommer det frem at miljøterapeutene har fleksibilitet i fokus når de organiserer arbeidet sitt. Fleksibiliteten innebærer muligheter til å møtes på ulike steder, tilpasse tidsbruk og tilgjengelighet, anvende ulike behandlingsmetoder og å involvere ulike personer og hjelpeinstanser. Dette kan tilpasses på forskjellig måte i hver enkelt intervensjon og gjennom de ulike stadiene i intervensjonen. Det vektlegges at behandlingen skal være funksjonell, men at miljøterapeutene strekker seg langt i å etterkomme ungdommens og/eller familiens ønsker og behov.

En av intervjupersonene opplever en påvirkning mellom fleksibilitet og relasjon. Denne uttrykker, som flere andre, at det er lettere å komme i posisjon til å oppnå en relasjon når miljøterapeuten har rom for å tilpasse intervensjonsformen til tryggheten og tilliten som er tilstede i relasjonen.

5.1.2. Tilgjengelighet

Tilgjengeligheten i ambulant arbeid innebærer planlagte og akutte personlige møter i tillegg til utstrakt tilgjengelighet på mobiltelefon. Ellers beskrives mulighet for brukerne til å ta kontakt med terapeuter på døgnavdeling.

”Vi er mye mer tilgjengelige på en annen måte. Det er ikke som å møte på en institusjon og sitte ved et bord. Vi har litt andre rammer, og det kan være at vi kan gå inn og gjøre kjappe intervensjoner der og da. Vi har samtaler i bilen og når vi går.”

I de sakene miljøterapeuten arbeider i ungdommens dagligliv, er det ofte flere i ungdommens nettverk som anvender miljøterapeutens tilgjengelighet. Intervjupersonene opplever at stor grad av tilgjengelighet skaper trygghet for ungdom og familie:

”Ofte kan bare det å vite at de har den muligheten være nok til at helgen er grei.”

En forutsetning for denne type trygghet, beskrives gjennom viktigheten av at ungdom og familie får tydelig informasjon om når miljøterapeutene er tilgjengelige og på hvilken måte.

Intervjupersonene opplever at den utstrakte tilgjengeligheten vanligvis ikke skaper store belastninger for miljøterapeutene. Likevel beskrives det som en utfordring, og som et tema for veiledning og refleksjon i behandlingsmøter.

5.1.3. Tid

En av intervjupersonene ga et eksempel på at tid ga trygghet til opparbeidelse av en relasjon. Inntrykk av god tid ble ansett som en viktig forutsetning for relasjonsdannelsen:

”Jeg brukte god tid. Jeg sa at her bruker vi den tiden som skal til. Jeg var litt layed-back. Det tror jeg var viktig.”

Intervjupersonene her beskriver en mulighet til fleksibilitet i forhold til bruk av tid. Behovet for fleksibilitet i forhold til tid henger sammen med organiseringen av det daglige arbeidet i ambulant virke, men gjør seg gjeldende av flere grunner:

”Jeg synes samtaler på hjemmebane for det første kan ta litt mer tid. Det er ikke på klokkeslettet. Det blir litt annet snakk når du er hjemme...det er litt sånn ”Vil du ha te?” og vi prater litt.”

Tidsbruken i ambulant arbeid beskrives mer uforutsigbar og fordrer en fleksibilitet og samtidig struktur fra miljøterapeutens side. I sitatet over kommer det frem at tidsaspektet for samtaler i hjemmet tillater at den terapeutiske samtalen blandes med den uformelle og personlige. Dette anses som en del av relasjonsarbeidet ved at den uformelle informasjonen er nyttig for å forstå hverandre bedre og bli trygge på hverandre.

5.1.4. Brukersamarbeid

Gjennom intervjuene kommer det frem at brukersamarbeid er viktig for relasjonen, fordi det påvirker ungdommens og familienes følelse av at miljøterapeuten tar tak i det som er vesentlig og oppfatning av å bli møtt på egne behov. Det å skape arbeidsmålene sammen med brukerne er noe alle intervjupersonene her er opptatt av:

”Vi prøver å skape et arbeidsmål sammen med ungdommene og finne ut av hva ungdommene vil, og tar utgangspunkt i det, selv om vi ofte har teorier om at vi kanskje skal en annen plass først, men la oss begynne der. Så gjør vi det. Det tror jeg på.”

Flere av intervjupersonene omtaler seg selv som ”samarbeidspartnere” og beskriver at de har en tilbakelent holdning til arbeidet med ungdom og familie. En av intervjupersonene opplever at brukersamarbeid tilfører kommunikasjonen og relasjonen håp.

”Jeg ser på ungdommen og familiene som samarbeidspartnere... Jeg nedtoner mitt eget og opplever med det at jeg får en annen type dialog, en annen type tyngde i det jeg sier...Det gjør noe med relasjonen og...at de kan føle mestring og mulighet til å bli selvhjulpne.”

Her uttrykkes en erfaring med at ungdom og foreldre kan oppleve større trygghet på egen mestring når miljøterapeuten ”nedtoner sitt eget” og lar ungdom og familie få større innflytelse på behandlingsarbeidet.

Det kommer frem en oppfatning om at det er vanskelig å danne en relasjon og gjennomføre forandringsarbeid med personer som ikke er enig i, forstår eller vil være med på den behandlingen det er lagt opp til fra miljøterapeutenes side.

Flere av intervjupersonene beskriver hvordan opplevelsen av likeverdighet og nærhet på hjemmearenaen endrer miljøterapeutens holdninger til større åpenhet og rom for brukersamarbeid. Tilstedeværelse av brukersamarbeid henger sammen med fleksibilitet, maktforskyvning og opplevelse av nærhet til de som skal hjelpes. Det kommer frem at fleksibiliteten i ambulant arbeid forenkler rammene for brukersamarbeid, ved at behandlingstilbudet kan tilpasses den enkelte intervensjon.

5.1.5. Oppsummering

Intervjupersonene opplever at den ambulante behandlingsarena tillater en fleksibilitet som gir rom for et behandlingsdesign som står i forhold til den enkelte brukers behov, og som kan tilpasses behandlingsrelasjonen.

Intervjupersonene her beskriver en mulighet til fleksibilitet i forhold til bruk av tid, og at dette gode for relasjonsarbeidet.

Det beskrives stor grad av tilgjengelighet for brukerne. Det er ofte flere i ungdommens nettverk som anvender miljøterapeutens tilgjengelighet, noe som oppleves å skape trygghet for ungdom og nettverk.

Brukersamarbeid er noe alle intervjupersonene her er opptatt av å ivareta. Brukersamarbeid oppleves positivt for behandlingsrelasjonen fordi det påvirker ungdommens og familienes oppfatning av å bli møtt med forståelse for sine behov.

5.2. Ulike former for relasjoner i ambulant arbeid

Intervjupersonene beskriver flere ulike former for relasjoner i ambulant arbeid. Årsaken til dette begrunnes på denne måten:

"På institusjon tar du tak i det som skjer mellom pasientene og personalet, mens ute skjer ...terapien i ungdommens nettverk og i systemet rundt de dagligdagse hendelsene."

Alle intervjupersonene har fokus på viktigheten av å opprette og opprettholde gode relasjoner til alle de involverte partene i arbeidet rundt en ungdom.

5.2.1. Utvidet pasientbegrep

Relasjonen til ungdommen, er det primære fokus for intervjupersonene her.

I de tre teamene som ble intervjuet, er det mest vanlig at miljøterapeuten er ute på oppdrag alene. Denne vil normalt forholde seg til en ungdom ad gangen (i tillegg til familie, nettverk og andre samarbeidsinstanser). To av intervjupersonene uttrykker at de opplever å ha mer ”kontroll” på relasjonen når de arbeider alene, og beskriver dette som et oversiktlig og trygt utgangspunkt for miljøterapeutene. En slik relasjon beskrives imidlertid som sårbar, fordi det avhenger av at kjemien mellom ungdom og miljøterapeut stemmer.

Gjennom intervjuene beskrives tilfeller der det vurderes hensiktsmessig ikke å involvere foreldre. Det beskrives også tilfeller der ungdom vil trekke seg fra behandlingen dersom miljøterapeuten ønsker å involvere foreldre.

”Ellers er det ofte de(ungdommen) sier at de ikke vil at vi skal treffes hjemme i det hele tatt. Vi treffes ute. Det er de over 16 år da. Vi hadde for eksempel en som ikke ville at moren skulle vite at hun var innskrevet hos oss.”

Fordi foreldre vanligvis er en betydningsfull del av ungdommens livsverden, og fordi behandlingen finner sted i ungdommens dagligliv, er det vesentlig men også naturlig for miljøterapeutene at de forholder seg mye til foreldre.

”Jeg er ganske tydelig på at det er viktig å ha foreldrene med. Det skal være gode grunner for at vi kan velge dem vekk.”

I den enkelte intervensjon er miljøterapeutene opptatt av å vurdere ungdommens situasjon som helhet, for å kunne forstå hvilke deler som skal være fokus for behandlingen. Dette kan medføre at det er flere enn ungdommen som blir fokus for behandlingen. En av intervjupersonene sier det slik:

”Hvis foreldrene har vært fastlåst i et spor som er destruktivt, blir det i mitt hode også etisk feil å si....nå skal vi jobbe med ungdommen....slik at ungdommen kan ordne opp i det. Det virker rett og slett ikke godt. Vi arbeider derfor med et noe utvidet pasientbegrep.”

Intervjupersonene har erfaring med at foreldrene blir innlemmet i behandlingsarbeidet og får rollen som samarbeidspartnere i ambulant arbeid. Flere av intervjupersonene beskriver en bevissthet på ikke å ta over foreldrenes rolle overfor ungdommen. Miljøterapeutene kommer inn i ungdommenes liv, ikke i stedet for, men som et tillegg til foreldrene. Det beskrives

tilfeller der ungdom ikke vil ha kontakt, hvor miljøterapeuten har kontakt bare med familien..

Intervjumaterialet inneholder eksempler på relasjonsskapende aktiviteter initiert av miljøterapeutene, som et virkemiddel for å innlemme betydningsfulle personer i ungdommens nettverk. Slike aktiviteter kan være å ta med mor eller far og ungdom på kafé eller i platebutikken eller andre arenaer der ungdommen ferdes.

Intervjupersonene beskriver flere variasjoner og muligheter for relasjoner til ungdom og foreldre. Det beskrives muligheter for både systemisk og miljøterapeutisk tilnærming og en veksel mellom disse. Dette innebærer et fokusskifte for miljøterapeuten, fra problem ved person til kommunikasjon og relasjoner i et system. Vurderingen av hvem det er hensiktsmessig å innlemme i behandlingen, kan forandre seg under forløpet.

En av intervjupersonene kommer med en betraktning rundt den ambulante arbeidsformen, og om den kan passe for alle ungdommer og familier:

"Ambulant-jobbing. Det er et in-ord, sånn at det er veldig in i tiden. Det er som en bølgedal der alt arbeid skal være ambulant. Jeg tenker litt Ole Brum – ja takk, begge deler. Det er bra å jobbe sånn i noen tilfeller, kanskje mange, men det kan være helt feil å gjøre det også. Det er ikke noe enten eller."

Denne intervjupersonen utdyper videre at erfaringen med ambulant relasjonsarbeid, gjør en forskjell, som oppleves god for henne som miljøterapeut. Alle intervjupersonene kommer med eksempler på at miljøterapeuter ikke ønsker å arbeide i ambulante team. Dette begrunnes med behov for tryggere rammer og større forutsigbarhet i arbeidsdagen.

Gjennom intervjuene beskrives et utstrakt samarbeid med andre hjelpeinstanser:

"Det er noen gjengangere i relasjoner, fordi vi har samarbeidspartnere. Sosialkontor, barnevern, skoler, PP-tjeneste...hvor relasjonen går ut over den ene pasienten du har. Da er det viktig å pleie de og stelle pent med de relasjonene."

Andre hjelpeinstanser som blir nevnt gjennom intervjuene er barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, barneavdeling på sykehus, BUF-etat, sosiallærer, helsesøster, fastlege og NAV. I dette sitatet uttrykker intervjupersonen erfaring med at det er viktig å ha fokus på å "stille pent med" relasjonene man har til fagfolk i andre hjelpeinstanser. Dette blir begrunnet av en annen intervjuperson på denne måten:

”...man får gjort mer i systemet når de vet hvem du er, og du har en relasjon. Da vet de mer om hva du står for og hva du kan og ikke kan...Det er kjempeviktig, gjør samarbeidet lettere og vi kan få til mer kreative løsninger.”

Gjennom intervjuene gis det eksempler på at de ulike hjelpeinstansene kan hjelpe, støtte og spille på hverandre.

5.2.2. Kompleksitet

Miljøterapeutene beskriver en kompleksitet i relasjonsarbeidet i det ambulante virke i barne- og ungdomspsykiatrien:

”...vi samarbeider med flere instanser, så vi må hele tiden holde tråden på alle arenaene og vite hva som er fokuset på alle arenaene. Jeg kan ikke bare konsentrere meg om ungdommen fordi det er så mye som spiller inn på hvordan en ungdom fungerer. Jeg må holde oversikten over helheten og ha ungdommen i fokus.”

I de tilfellene der miljøterapeuten har kontakt med familie og ungdom, kommer det frem eksempler på at ungdommen kan føle seg tilsidesatt og med en følelse av å miste definisjonsmakt over egen situasjon. Alle intervjupersonene beskriver hvor viktig det er å holde oversikten over alle ”historiene”. Samtidig må miljøterapeutene være bevisste på ikke å ta parti, og posisjonere seg riktig for ikke å miste relasjonen til ungdommen eller bidra til polarisering i ungdommens nettverk.

”Du skal ha en relasjon til ungdommen og først og fremst til ungdommen. Hvis jeg går inn på en eller annen side..og gir noe støtte her eller der,..veldig viktig...i forhold til relasjonen til ungdommen...at vi ikke blir tatt til inntekt for den ene eller den andre.”

I sitatet ovenfor beskriver intervjupersonen en utfordring som har sammenheng med erfaringen av at ungdom ofte har konflikter med noen i nettverket sitt. Flere andre intervjupersoner beskrives situasjoner der de føler at de kommer i en dobbeltposisjon i forhold til andre hjelpeinstanser. Det kan for eksempel være at miljøterapeuten ser at barnevernet må kobles inn i familien. Slike situasjoner beskrives som utfordrende i forhold til tryggheten i relasjonen til både ungdom og familie:

”Det kan bli mange aktører, så man blir sittende med mange historier og hvor ligger min lojalitet?”

Under intervjuene kommer det frem eksempler på at foreldre, ungdom, venner og hjelpeinstanser kan ha forskjellige forventninger til behandlingen og sin egen rolle i

relasjonen. Flere av intervjupersonene kommer med eksempler på at relasjonen er blitt forstyrret, ved at de involverte personenes forventninger ikke er godt nok avklart på forhånd.

Det kommer til uttrykk at det er viktig å rydde vei for at flest mulig skal trekke i samme retning, slik at miljøterapeuten skal kunne opprettholde en bærende relasjon mot et felles mål, og hindre uenigheter eller ubehageligheter.

”Det første jeg gjør er å fortelle om meg selv og hva jeg kan tilby og kriteriene for min intervensjon.”

Miljøterapeuten er den som skaper tydelighet i et landskap av relasjoner der hver enkelt person sitter med sin historie som på forskjellige måter kan relateres til det ungdommen strever med.

Ungdom i ambulant arbeid kan oppleve å komme i et konkurranseforhold med andre personer som innlemmes i behandlingsarbeidet, om hvem som har den nærmeste relasjonen til miljøterapeuten.

”Da jeg satt hjemme der...blusset det plutselig opp problemer hos en bror, som ikke var en del av problemet hos jenta.”

Miljøterapeutene i ambulant arbeid opplever å stå overfor personer i ungdommens familie og nettverk som har behov for bistand med egne psykiske plager. Dette har sammenheng med de nære relasjonene miljøterapeutene kan oppleve å få til både ungdom, familie og nettverk. I slike tilfeller blir det viktig for miljøterapeutene å være bevisste og tydelige på sine muligheter og begrensninger, for å holde relasjonen til ungdommen i fokus.

5.2.3. Oppsummering

Alle intervjupersonene har på forskjellig måter beskrevet ulike former for relasjoner i ambulant arbeid. Oftest arbeider miljøterapeuten både med ungdom og familie. I andre tilfeller kan miljøterapeuten forholde seg til ungdommen alene. I noen tilfeller kan det være at miljøterapeuten har kontakt med familien, ikke med ungdommen. I de saker hvor det vurderes hensiktsmessig, involveres venner og andre i ungdommens nettverk. Det beskrives et utstrakt samarbeid med andre hjelpeinstanser. Intervjupersonene erfarer at det er viktig og hensiktsmessig å opprette og opprettholde gode relasjoner til alle de involverte partene i arbeidet rundt en ungdom.

Intervjupersonene opplever en kompleksitet i behandlingsarbeidet med ungdom og familie, som oppleves spesielt utfordrende når andre samarbeidsinstanser involveres i behandlingsarbeidet.

5.3. Relasjonsdannelsen i ungdommens hjem

Gjennom intervjuene beskriver miljøterapeutene faktorer de har erfart er viktige forutsetninger for relasjonsdannelsen generelt:

”Tillit det er viktig. Det er jo det som er nøkkelen til en relasjon. Tillit - og da må du bli møtt, du må ha en følelse av at du blir forstått og at det gripes tak i de tingene som er vesentlige for deg”

Intervjupersonen har erfart at forutsetningen for å kunne oppnå tillit er at ungdommen føler seg forstått og møtt på det han eller hun synes er vesentlig. Andre intervjupersoner fremhever miljøterapeutens empatiske holdning, trygghet og forutsigbarhet, oppriktighet, ærlighet, åpenhet, respekt, god tid, ikke-konkluderende holdning, ingen fasitsvar, åpenhet for å prøve nye ting og enighet om et felles mål. I tillegg trekkes det frem at en god relasjon krever en gjensidighet mellom ungdom og miljøterapeut.

Det er vesentlig at miljøterapeuten får et godt grep om hva ungdommen strever med, for å få til et forandringsarbeid som er i tråd med ungdommens behov. Gjennom intervjuene kommer det frem at det gjennom relasjonen mellom ungdom og miljøterapeut, skapes en allianse som er viktig for å få til en åpen og terapeutisk hensiktsmessig kommunikasjon.

5.3.1. Situasjonsbetinget relasjonsdannelse

Alle intervjupersonene er opptatt av at det første møtet med ungdom og familie har mye å si for hvordan relasjonen blir videre. Det første møtet beskrives av en intervjuperson som ”broen til å bygge videre på”.

Det skinner en optimistisk og åpen holdning gjennom intervjuene i forhold til å møte ungdom og foreldre:

”Jeg er aldri nervøs for å møte foreldre eller ungdommer. Jeg kan tenke litt på hva slags situasjon jeg vil komme til...men jeg tenker ikke på at det er farlig å reise hjem til noen. I utgangspunktet tenker jeg at foreldre eller ungdom skal være positive.”

Her gjenspeiles en åpenhet og imøtekommenhet som vil være merkbar for ungdom og familie. Det motsatte ville være en defensiv holdning i forsvarsposisjon, som ikke vil fremme en invitasjon til å danne en relasjon.

Gjennom intervjuene kommer det frem at terapeutene aldri helt vet hva som møter dem ved første besøk hjemme hos ungdom og familie.

"Ingen saker er like. Ingen dager er like. Ingen familier er like"

I og med at rammene for møtet er et privat hjem, blir ingen møter med ungdom og familie like. Dette medfører at miljøterapeutene tilpasser relasjonsdannelsen til den enkelte intervensjon, noe som gjøres forskjellig med hensyn til hvem miljøterapeuten innlemmer i behandlingsrelasjonen og på hvilken måte.

"I begynnelsen prøver jeg å skape relasjonen, og det gjør jeg litt forskjellig i forhold til sakene jeg er inne i og litt etter hvem jeg skal ha relasjonen til."

Flere av intervjupersonene opplever at det er lettere og går raskere å danne en relasjon når de kommer hjem til en ungdom, fordi de kan starte relasjonsprosessen ved å ta del i de situasjonene som er og oppstår mens miljøterapeuten befinner seg der.

"...vi fikk en relasjon veldig fort, rett og slett fordi de hadde kattunger der hjemme...vi tusta med de små kattungene, og da ble det veldig naturlig å prate om hvilke husdyr han hadde opp igjennom. Gjennom det kom det frem så mange historier fra oppvekst og at det å ha dyr har vært en erstatning for manglende omsorg på mange andre områder."

Sitatet over et tatt fra en situasjon der miljøterapeuten forteller at hun var spent på hvordan hun skulle klare å skape rammer som var trygge nok til å danne en relasjon til ungdommen, fordi hun visste hun skulle forholde seg til et menneske som var blitt sviktet av mange voksenpersoner tidligere. Gjennom kattungene, har miljøterapeuten funnet en situasjon der ungdommen fikk assosiasjoner fra fortiden og var trygg nok til å starte en dialog og åpne opp for å starte en relasjon. Ved å være i denne situasjonen sammen med ungdommen, fikk miljøterapeuten mye informasjon som var viktig for den videre forståelsen av ungdommen. Denne miljøterapeuten uttrykker at hun tror hun ikke ville ha klart dette på et kontor eller i en institusjon.

5.3.2. Oppdagelser

En av intervjupersonene forteller at det første møtet innebærer å forberede seg på å være åpen for å ta imot alle mulige inntrykk.

Intervjupersonene her opplever at observasjoner i ungdommens hjem gir en annen type informasjon med flere oppdagelser, enn dersom terapien foregår på et kontor eller i en institusjon.

"Du ser ting der hjemme. Det er ikke så mye som er sterilt."

Et eksempel er der en miljøterapeut ser et broderi med ungdommens fødselsvekt på veggen hjemme. Det viste seg at ungdommen var prematur. Denne informasjonen var ny og skulle få betydning for den videre forståelsen av det ungdommen strevde med.

Alle intervjupersonene trekker frem oppdagelser gjennom observasjoner av det fysiske miljøet i hjemmet, hvordan familien som system og enkeltpersoner fungerer og hvilke ressurser som finnes. Det beskrives en observasjon av uartikulerte forhold, som det vil forbeholdes miljøterapeuten å bedømme og vurdere hvorvidt det skal settes ord på eller ikke.

"Når jeg kommer hjem til en ungdom...jeg får mye informasjon som jeg ellers ikke får..det er så mye man ikke klarer å artikulere. Det henger i veggene. Hvordan ser det ut på kjøkkenbenken? Er ting lined-up eller? Hvordan organiserer man sin hverdag? Hva er de opptatt av? Små ting. Hva er viktig og ikke viktig? Ressurser den personen har. Hva gir glede? Hvis man møtes på en annen arena, må alt settes ord på."

Huset, tingene og menneskene og måten de organiserer familielivet i hjemmet, forteller miljøterapeuten noe om familiens historie, identitet og verdier. Alle intervjupersonene trekker frem verdien av dimensjonen i å være med og observere der og da-situasjoner i ungdommens virkelige liv. Å være tilstede under ungdommens utøvelse av aktiviteter på dagliglivets arenaer gir mulighet til å observere hvordan ungdommen konstituerer sitt faktiske liv i samhandling med andre. Dette beskrives som en vesentlig forskjell fra samtalene på et kontor, der terapeutens forståelse av ungdommens situasjon foregår gjennom verbal og non-verbal dialog.

En av intervjupersonene trekker frem opplevelsen av å se mer av ungdommens ressurser når møtet mellom ungdom og miljøterapeut finner sted i ungdommens hjem.

"Jeg ser mye mer ressurser, og det gjør at jeg ser det på en annen måte, og det gjør... mye med relasjonen og."

Denne intervjupersonens erfaring tilsier at miljøterapeuten ser mye mer ressurser ved å arbeide i ungdommens hjem og dagligliv og at dette har innvirkning på relasjonen. Relasjonen vil preges av at miljøterapeuten har sett og er klar over ungdommens ressurser. Behandlingsarbeidet dreies mot mer fokus på ungdommens ressurser i stedet for et fokus på problemer og begrensninger. Dette vil igjen øke muligheten for følelsen av at miljøterapeuten tror på ungdommens egen mestring, som er viktig for opplevelsen av gjensidig tillit og håp.

Miljøterapeutene som er intervjuet her, formidler at de opplever at informasjonsmengden gjør relasjonsdannelsen enklere fordi det er lettere å svare på den andres behov når "en ser flere sider ved en person".

"man får jo mye mer informasjon hjemme – for meg detter ting på plass. Det blir så mye lettere å føle hvor skoen trykker og hvor man skal sette kniven for å hjelpe den personen videre i livet sitt."

Denne intervjupersonen beskriver at det å møte en ungdom i sitt eget hjem er et observasjonsfelt som anses fruktbart for å svare på ungdommens behov, noe som anses viktig for behandlingsrelasjonen. Videre bruker intervjupersonen informasjonen til forståelsen av hva behandlingsarbeidet skal inneholde.

En utfordring ved den utvidede informasjonsmengden, kan ses i sammenheng med miljøterapeutenes beskrivelser av opplevelse av kaos. Gjennom de involverte personenes forskjellige og motstridende forståelse, kan informasjonsmengden oppleves som u håndterlig. En annen utfordring som kommer frem i intervjuene er at informasjonen miljøterapeuten får ved å observere ungdom og familie i hjemmet, vil gi miljøterapeuten makt til å definere ungdommens situasjon. I tillegg ligger det en utfordring i å få oversikt over helheten:

"Når en ser så mye, må man som terapeut være veldig bevisst på hva det er en skal inn og gjøre."

I sitatet over uttrykkes en utfordring i å avgrense den informasjonen man tar med i behandlingsarbeidet og å holde fokus på den arbeidet miljøterapeuten er der for å gjøre. Flere av intervjupersonene forteller at de bruker tid på å sortere den store informasjonsmengden som fremkommer i det første møtet.

5.3.3. Å kunne være seg selv

Intervjupersonene har erfaring med at ungdom som møtes hjemme er mer seg selv. I dette ligger det at de kan tillate seg å vise seg frem slik de i virkeligheten er, innebefattet tanker, følelser, behov og reaksjoner.

”Det er noe med konteksten. Fordi at hjemme, så er ungdommen mer seg sjøl...Så hjemme føler jeg vel at jeg treffer litt mer deres måte å være på...Jeg tror det er lettere å få tak i hvordan de tenker.”

”hjemme er ungdommen seg sjøl. Da er Ole Ole. På institusjon er jo Ole også en pasient”

Når pasientrollen blekner og ungdommene kan tillate seg å vise seg slik de er, erfarer flere av intervjupersonene at de ”treffer” bedre i forståelsen av ungdommen. Å ”treffe” innebærer å se ungdommens behov og vurdere hvordan behandlingsarbeidet tilrettelegges. Dette kan være en av grunnene til at flere av intervjupersonene uttrykker at relasjonsdannelsen oppleves ”lettere” enn i annen type behandling.

En av intervjupersonene trekker frem en annen mulig årsak til oppfatningen om at relasjonsdannelsen er enklere og går raskere i ambulant arbeid. Det uttrykkes at ungdom innlagt i institusjon ofte lærer seg en del terapeutisk språk, som kan forstyrre kommunikasjonen mellom miljøterapeuten og ungdommen. Ungdommens tillærte terapeutiske språk kan tilsløre det som egentlig ville ha blitt formidlet dersom det hadde vært ungdommens egne ord. Intervjupersonens erfaring er at denne type språkbarriere kan vanskeliggjøre relasjonsdannelsen, fordi ungdommens behov blir tildekket av tillært språk, og terapeuten bare tilsynelatende vurderer og svarer på behov som ikke nødvendigvis er korrekte.

5.3.4. Oppsummering

Gjennom intervjuene kommer det frem at miljøterapeutene aldri helt vet hva som møter dem ved første besøk hjemme hos ungdom og familie. I og med at rammene for møtet er et privat hjem, blir ingen møter med ungdom og familie like.

Det kommer frem flere eksempler på at miljøterapeutene i det første møtet tar tak i en situasjon eller ting som er her og nå i hjemmet, for å starte relasjonsprosessen.

Intervjupersonenes erfaring er at ungdom som møtes hjemme, er mer seg selv.. Intervjupersonene opplever at de ”treffer” bedre i forståelsen av ungdommene.

Intervjupersonene her opplever at observasjoner i ungdommens hjem gir en annen type informasjon med flere oppdagelser, enn dersom terapien foregår på et kontor eller i en institusjon. Miljøterapeutene formidler at informasjonsmengden gjør relasjonsdannelsen enklere fordi det er lettere å svare på den andres behov når ”en ser flere sider ved en person”.

5.4. Faglige og etiske dilemma ved terapeutisk relasjonsarbeid i hjemmet

Når miljøterapeuten forholder seg til ungdom på dagliglivets arenaer innebærer dette at behandlingsrelasjonen settes i en ny sammenheng med andre normer enn de som gjelder innenfor psykiatriske institusjoner. Gjennom intervjuene utmerker hjemmearenaen seg ved komplekse og etisk utfordrende situasjoner.

5.4.1. Gjest og terapeut

Hjemmearenaen gir miljøterapeuten rollen både som gjest og terapeut. Det hviler forskjellige og dels motstridende forventninger til rollene som gjest og som miljøterapeut. Når dette er tema under intervjuene, kommer det frem beskrivelser av miljøterapeuten som ”tilpasningsdyktig danser” og det å kunne ”balansere”. Miljøterapeutens evne til å balansere mellom respekt for ungdommens og familiens rett til å bestemme i sitt eget hjem, og miljøterapeutens ansvar for behandlingen og ungdommens velbefinnende, uttrykkes å ha innvirkning på relasjonen gjennom miljøterapeutens, ungdommens og familiens sårbare situasjon.

”Jeg tenker at sånn som vi jobber da – du må på en måte gi litt mer av deg selv i en sånn type setting, hvor vi er hjemme hos en ungdom og deres foreldre. Fordi da er du gjest. Det er den profesjonelle biten, men samtidig så må du også kunne gi av deg selv som privatperson – altså, balansere litt da.”

Det beskrives en gjensidig sårbar situasjon: En ungdom som strever med psykiske plager og befinner seg i sitt hjem som kan være det tryggeste, mest beskyttende stedet å være. Miljøterapeuten, som også er gjest, og skal inn i andres private sfære. Miljøterapeuten vet ikke hva som møter dem og de er kanskje ikke ønsket.

5.4.2. Integritet

Alle intervjupersonene opplever at respekt for ungdommens og familiens integritet er viktig for kvaliteten på relasjonen. På den annen side vil kvaliteten på relasjonen ha betydning for hva den andre oppfatter som sitt personlige rom og hvor mye av sine innerste tanker ungdom og familie velger å dele med terapeuten.

Det at miljøterapeuten kommer inn i et privat hjem, kan være en handling som i seg selv får ungdom og familie til å føle det trås nært, eller over grensen for deres integritet. Gjennom intervjuene kommer det frem at det å komme inn i andres hjem og fortelle dem at de må gjøre ting annerledes, må gjøres med størst mulig grad av respekt for personenes integritet.

”Du er i et privat hjem. Det er deres sfære. Du kan ikke drive å trenge deg inn. Du må gradvis få tillit.”

Det beskrives flere tilfeller der ungdom i utgangspunktet ikke ønsker kontakt med miljøterapeuten, og at det oftest er foreldrene som har ønsket hjelpen. Intervjupersonenes erfaringer tilsier at det er viktig å ha respekt for ungdommens ønske, og at det ikke er hensiktsmessig å tvinge en ungdom til behandling. For å ta hensyn til at en ungdom ikke ønsker kontakt, beskrives en mulighet for ”gradvise relasjoner”, som forklares som en gradvis tilnærming til ungdommen gjennom foreldre, annen familie, nettverk og/eller andre hjelpeinstanser.

Intervjupersonens erfaring er at oppfatningen av og holdningen til hva som er privat, et fysisk rom som kan omfattes som en persons område for integritet, er forskjellig i et hjem og i en institusjon:

”Vi går ikke bare inn på rommet deres, slik man kanskje har lettere for å gjøre i en institusjon.”

En av intervjupersonene påpeker at relasjonsdannelsen ofte skjer forttere i en døgninstitusjon fordi ungdommene ikke kan velge bort å forholde seg til terapeutene. Intervjupersonen opplever at ungdommen i større grad kan velge tempoet i relasjonsdannelsen i ambulant relasjonsarbeid og at dette er en betydningsfull kvalitet for mange ungdommer.

5.4.3. Maktforskyvning

Intervjupersonenes erfaring med å utføre det terapeutiske arbeidet i et privat hjem, er at makten mellom miljøterapeut, ungdom og familie forskyver seg:

”Når vi kommer hjem til dem, så er det Ole og Per som får besøk. Det er en veldig stor forskjell (fra institusjon). Vi er gjester i huset. Vi kan bli kastet ut når de ikke vil ha oss lenger...de kommer med kaffe til oss og sånne ting. Det er vi som takker.”

Utsagnet ”det er veldig stor forskjell” innebærer en opplevelse av maktforskyvning. Etisk og juridisk er miljøterapeuten en gjest som ikke kan komme inn i ungdommens hjem uten å ha fått tillatelse til det. Miljøterapeutene kan risikere å bli kastet ut, dersom ungdom og/eller familie ikke vil ha dem der lenger. I tillegg er det opptil ungdom og familie om de velger å følge miljøterapeutens råd når miljøterapeuten forlater hjemmet.

Maktaspektet henger sammen med opplevelse av likeverdighet i relasjonen. Opplevelsen av større grad av likeverdighet forklares med at partene tilfører mer av seg selv i relasjonen:

”Det er ikke bare vi som leverer. Så det er et mer likeverdig forhold hjemme.”

Miljøterapeutene opplever seg selv som ”medmennesker” i behandlingsarbeidet. Begrepet utmerker seg gjennom alle intervjuene, og kan knyttes til opplevelsen av større grad av likeverdighet. Maktforskyvning mot større grad av likeverdighet i relasjonen, oppleves positivt for ungdom og families følelse av mestring og håp.

En av intervjupersonene argumenterer for at de ambulante teamene må organiseres slik at miljøterapeutene har frihet til å legge makten så nært brukeren som mulig, og begrunner dette med at brukersamarbeidet krever at ungdom og familie har mest mulig selvråderett og mulighet til å kunne bestemme over eget liv.

5.4.4. Nærhet og avstand

Alle intervjupersonene er opptatt av å styre balansen mellom nærhet og avstand i relasjonen mellom miljøterapeut, ungdom og familie.

”Det er nivået på relasjonen som er viktig. Hvor sterk den skal være..”

Det kommer frem at relasjonen mellom ungdom og miljøterapeut ikke må bli for nær, men den må være nær nok til at miljøterapeuten får til å gjøre en forandring for ungdom og familie.

Gjennom intervjuene formidles miljøterapeutens opplevelse av større grad av nærhet i relasjonen til ungdom og familie:

”Man får større nærhet til de man jobber med fordi de tingene som skaper distanse i somatikken, som hvite klær, rammer og strukturer ikke er tilstede på samme måten når man er i et privat hjem.”

Dette utsagnet forstås som en beskrivelse av større grad av nærhet, som forklares gjennom fravær av institusjonens rammer og strukturer. Fravær av institusjonens rammer og strukturer beskrives å føre til større grad av nærhet gjennom gjenkjennelse i familiens dagligliv:

”jeg kommer opp i situasjoner der det er lett å kjenne seg igjen. Samtidig må jeg holde den avstanden som gjør at det blir et fruktbart forandringsarbeid.”

Opplevelsen av større grad av nærhet beskrives å ha positiv virkning på relasjonen, men også som en utfordring og en opplevelse av at det er et tyngende ansvar å være ”den eneste”:

”...det er tungt å stå i sånne tette relasjoner og du får liksom telefoner og det er håpløst og alt er krise, og det er kun du som kan redde meg ut av dette og ingen andre. Og det er noe med å stå i alt dette her og puste og liksom roe ned...å stå i sånne ting over tid. Det synes jeg er tungt.”

For ”tette” eller nære relasjoner oppleves heller ikke å være hensiktsmessig for familien:

”En for tett relasjon kan bli ganske skadelig. I ambulant kan hun eller han (miljøterapeuten) bli den eneste som kan redde ting i hjemmet...Som en brannslukker til enhver tid. Og det tenker jeg ikke er riktig, for...barna og familien skal utvikle et system sammen som gjør at de kan løse problemene sammen.”

Gjennom intervjuene kommer det frem at miljøterapeuten ikke må bli så nær at man overtar roller andre i ungdommens familie eller nettverk kan eller bør ha.

”En må sanse litt...jeg merker når ungdommen begynner å kommunisere med meg i stedet for foreldrene.”

En for nær relasjon, kan bli bærende for ungdommens funksjon. Dette kan redusere ungdommens evne til å omformulere løsningsstrategier på andre problemer når relasjonen avsluttes. Intervjupersonene her er opptatt av å hjelpe familie og nettverk til å få en støttende funksjon overfor ungdommen, slik at de kan finne løsningene i sitt eget system.

”Men etter hvert så skjønnte jeg jo det at når pasienten slutter. Når pasienten sier at det her fikser jeg sjøl. Først da vet jeg om jeg har gjort en god jobb. For - skal pasientene være avhengig av min relasjon resten av livet, eller skal de vite at de står på egne bein sjøl?.”

Denne intervjupersonen har erfart at det er først når relasjonen avsluttes, at det viser seg om miljøterapeutens vurdering i forhold til hva som er for nært eller ikke, stemmer med ungdommens virkelighet. Målet er at ungdommen skal mestre sitt eget liv og bli uavhengig av miljøterapeutens hjelp.

5.4.5. Profesjonalitet

En av intervjupersonene beskriver hvordan profesjonalitet og relasjon henger sammen, ved å peke på at miljøterapeuten må fremstå som en trygg fagperson, for å få en god og hensiktsmessig relasjon til ungdommen. Miljøterapeutens faglige trygghet innebærer å være trygg på hva som er profesjonelt terapeutisk hensiktsmessig når behandlingen foregår i hjemmet.

Det å beholde sin profesjonalitet når det terapeutiske arbeidet foregår i et privat hjem er et gjentakende tema og fremstår som en utfordring gjennom intervjuene:

”Det tok litt tid å plassere seg i forhold til det å være profesjonell hjemme hos noen. Det ligger en forventning hos dem man treffer, som vet jeg kommer fra sykehuset. Men det er så mye mer uformelt der hjemme. Det krever litt mer ryddighet hos meg selv. Jeg må være veldig klar over min rolle der hjemme, fordi man blir utfordret på å være mer privat”

Her fremkommer en erfaring av at terapeutisk arbeid i et privat hjem, krever større bevissthet på å beholde sin profesjonalitet. Intervjupersonen opplever å bli utfordret i forhold til å være mer privat. Temaet henger sammen med rollene som gjest og terapeut.

”Du skaper...den terapeutiske atmosfæren når du er hjemme også, men det blir ikke helt det samme som på et kontor.”

Denne intervjupersonen beskriver hvordan miljøterapeutens tilstedeværelse og profesjonalitet skaper en terapeutisk atmosfære, som blir influert av de rammer og strukturer som finnes i hjemmet. Miljøterapeutens tilstedeværelse, språk, samtaler og intervensjoner i familien vil være det terapeutiske innslaget. Samtidig vil miljøterapeuten, som gjest, søke å tilpasse behandlingsarbeidet til familiens dagligliv så langt det lar seg gjøre.

”Du er jo mye mer alene. Det er vanskeligere på en måte.”

De to sitatene ovenfor indikerer begge at det er opptil miljøterapeuten å ”bære” profesjonaliteten alene. Alle intervjupersonene trekker frem behovet for veiledning som følge av det selvstendige arbeidet, større ansvar og opplevelsen av komplekse og kaotiske situasjoner i hjemmet.

” Relasjonen til kollegaer er godt, slik at man ikke blir stående alene i alle saker. Det er viktig med høy grad av åpenhet, slik at vi kan regulere hverandre i en selvstendig arbeidshverdag.”

Alle teamene som er intervjuet her, har veiledning og ukentlige møter der enkeltsaker kan diskuteres og reflekteres over sammen med kollegaer. Alle ser verdien av det å ha gode kolleger og et godt team der terskelen for å åpne seg om faglige dilemmaer er lav.

5.4.6. Oppsummering

Når miljøterapeuten forholder seg til ungdom på dagliglivets arenaer innebærer dette at behandlingsrelasjonen settes i en ny sammenheng med andre normer enn de som gjelder innenfor psykiatriske institusjoner. Det hviler forskjellige og dels motstridende forventninger til rollene som gjest og som terapeut.

Hensynet til integritet oppleves som viktig for kvaliteten på relasjonen. På den annen side vil kvaliteten på relasjonen ha betydning for hva den andre oppfatter som sitt personlige rom. Det at terapeuten kommer inn i et privat hjem, kan være en handling som i seg selv får ungdom og familie til å føle at vi trår nær, eller over grensen for deres integritet.

Intervjupersonenes erfaring med å utføre det terapeutiske arbeidet i et privat hjem, er at makten forskyves mot større grad av likeverdighet i relasjonen mellom miljøterapeut, ungdom og familie. Dette er positivt for ungdom og families følelse av mestring og håp.

Gjennom intervjuene formidles miljøterapeutens opplevelse av større grad av nærhet i relasjonen til ungdom og familie. Nærheten forklares gjennom fravær av institusjonens rammer og strukturer i tillegg til miljøterapeutens gjenkjennelsesaspekt i familiens dagligliv.

Terapeutisk arbeid i et privat hjem, krever større bevissthet på å beholde sin profesjonalitet. Profesjonalitet og relasjon henger sammen, ved at miljøterapeuten må fremstå som en trygg fagperson, for å få en god og hensiktsmessig relasjon til ungdommen. Alle intervjupersonene trekker frem behovet for veiledning/kollegastøtte som følge av det selvstendige arbeidet.

6. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for metodiske styrker og svakheter. Deretter vil jeg trekke frem studiens sentrale funn og drøfte dette opp mot teori og tidligere forskning. Til slutt skisseres implikasjoner for praksis og ideer til videre forskning.

6.1. Metodediskusjon

Det kan virke paradoksalt å skulle belyse erfaringer som omhandler relasjoner uten å inkludere ungdom og familie. I denne studien forstås mennesket i en gjensidig relasjon til andre mennesker, som fortolker verden gjennom tanker, følelser og meninger. Hvorvidt denne studiens funn er representative, er avhengig av at ungdom og families opplevelser i noenlunde grad samsvarer med miljøterapeutenes. Det å se på terapeutenes opplevelser alene, må forstås ut fra hensynet til oppgavens rammevilkår. Det har tidligere vist seg å være tidkrevende og vanskelig å få tillatelse av Regionaletisk forskningskomité til å forske på ”brukere” på mastergrads-nivå. I tillegg hadde jeg et ønske om å gjøre et avgrenset arbeid med et realistisk ambisjonsnivå.

Under intervjuene forsøkte jeg å stille meg spørrende til tema jeg selv hadde erfaring med. Jeg hører gjennom opptakene at jeg i noen tilfeller lar meg engasjere av enkelte tema, men at jeg forsøkte å ”tune” meg inn på den andre og ha fokus på hva som ble formidlet.

Etter justeringen av åpningsspørsmålet, opplevde jeg at intervjuguiden fungerte tilfredsstillende. I ettertid ser jeg at den kunne ha inneholdt temaer som ville fått frem flere av intervjupersonenes kritiske betraktninger. Etter de to første intervjuene frigjorde jeg meg mer fra intervjuguiden og lot intervjupersonen styre samtalen mer, for så til slutt å sjekke om vi hadde vært innom alle temaene i intervjuguiden. Dette fungerte bedre ut fra ønsket om å utforske den andres budskap. Jeg opplevde ikke at bruk av diktafon under intervjuene forstyrret samtalen for intervjupersonene eller meg selv.

Jeg merket meg at en av samtalene føltes spesielt vellykket både med hensyn til kommunikasjon og innhold. Denne intervjupersonen hadde samme profesjonsbakgrunn som meg. Jeg har i ettertid undret meg over hvordan og om dette kan innvirket.

En svakhet er at informantene ikke har fått lese utskriftene fra intervjuene for korrigerende og godkjenning. I løpet av intervjuene var jeg imidlertid bevisst på å oppsummere egen forståelse av informantenes utsagn, slik at denne kunne bekreftes eller avkreftes.

Under transkribering av det siste intervjuet merket jeg meg at temaene som kom frem var temaer og uttalelser som lignet tidligere intervjuer, og avvek lite fra eksisterende data. Dette ble vurdert som et signal for metning i datamaterialet, og at det var tilstrekkelig med de 5 planlagte intervjuene (i tillegg til prøveintervjuet). Resultatene i denne studien kan være relevant for å belyse relasjonsarbeid i ambulante team, men kan ikke sies å ha en allmenn gyldighet.

Litteratur og forskning som omhandler ungdom spesielt, er begrenset sammenlignet med hva som finnes om barn og voksne. Norsk litteratur og forskning om ambulante team i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, er også begrenset. En svakhet ved relevansen av den tidligere forskningen som er brukt i denne studien, er at enkelte av undersøkelsene beskriver psykisk helsearbeid med voksne personer. Aldersgruppen tolv til atten år er ingen ensartet gruppe. Der jeg måtte gjøre litteraturvalg, har jeg valgt studier av voksne, med hensyn til ivaretagelse av ungdommens selvbestemmelsesrett. Studiene av psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten er anvendt fordi dette er en tjeneste med lang erfaring i å arbeide i klientens hjem, og fordi de har fokus på behandleren, slik denne studien har. Enkelte av undersøkelsene av voksne personer er tatt med for å få frem med klientens perspektiv (for eksempel Borg & Topor 2003 og O'Brien 2000). En del av dette anses relevant for studien i kraft av at det ambulante relasjonsarbeidet er rettet både mot ungdom og voksne. Med hensyn til kulturelle forskjeller har ønsket først og fremst vært å anvende forskning fra land som ligner vårt hva gjelder helsevesen og verdier for privatliv og samfunnsliv.

6.2. Hovedfunnene

Mye av relasjonsarbeidet har likheter med det vi kjenner fra tradisjonell institusjonsbehandling i psykisk helsevern for barn og unge (for eksempel miljøterapi eller familierapi). Gjennom tidligere forskning, studiens teoretiske referanseramme og intervjupersonenes erfaringer, søkes i dette kapitlet å få frem nyanser i hvordan relasjonsarbeidet kan forstås når det foregår i dagliglivet, uten institusjonens rammer, normer og strukturer.

6.2.1. Relasjonsarbeid i brukerperspektivets tegn

Dimensjoner som vil bli trukket spesielt frem her:

- Fleksibilitet
- Brukersamarbeid
- Nedtoning av ekspertrollen

Fleksibilitet, skreddersydde behandlingsopplegg og åpenhet for holdningsendring fra miljøterapeutene er vesentlige sider ved relasjonsarbeidet (Beutler & Castonguay 2006). Denne studien viser den ambulante arbeidsformen i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste er fleksibel, med mulighet for individuelt tilpassede behandlingsløsninger. I likhet med Hummelvoll og Granereuds (1996) funn i sin studie av psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten, har miljøterapeutene i denne studien en selvstendig posisjon med frihet til kreative løsninger. Muligheten til å kunne svare på den enkelte ungdoms behov, beskrives som en viktig dimensjon i relasjonen. Gjennom fleksible rammer for møtested, tid, tilgjengelighet, behandlingsmetoder, involvering av ulike personer og hjelpeinstanser, tilpasses intervensjonsformen til tryggheten og tilliten som er tilstede i relasjonen i de ulike stadiene i intervensjonen..

Fleksibiliteten i ambulant arbeid stiller store krav til struktur og faglig innsikt fra den enkelte miljøterapeuts side. Furre (2007) kartlegging viser at de ambulante team i Norge er organisert forskjellig ut fra lokale behov, også hva gjelder fleksibilitet. Miljøterapeutenes behov for faglig forsvarlige rammer, geografiske og økonomiske hensyn, og vansker med rekruttering av fagfolk, viser seg i praksis å begrense fleksibiliteten i teamene (Furre 2007).

Stor grad av fleksibilitet er ikke nødvendigvis bra for all ungdom med psykiske lidelser. Ulike ungdommer og familier har ulike behov for struktur og rammer for at relasjons- og terapiarbeidet skal bli oversiktlig og trygt nok til å bli virksomt. Noen ungdommer kan ut fra psykisk tilstand og funksjon, trenge hjelp til stor grad av struktur i hverdagen. Det samme kan gjelde familien.

Hvis man ser fleksibilitet i lys av Løgstrups (1982) ”forenende motsetninger” vil fleksibilitetens motsetning være struktur og i ytterste konsekvens rigiditet. Et spørsmål som derfor reiser seg i forbindelse med fleksibilitet er hvor langt man kan stekke seg i å være

fleksibel før det kan skade relasjonen og behandlingen ikke lenger kan kalles faglig forsvarlig verken for ungdom og familie eller for miljøterapeuten?

Studiens funn indikerer at miljøterapeutene er opptatte av å avklare forventninger, tydeliggjøre egen rolle og finne felles mål for behandlingen i samarbeid med ungdom og familie. I tråd med pasientrettighetsloven gjenspeiler studien et fokus på brukersamarbeid.. Funnene viser at miljøterapeutene opplever at brukersamarbeid er viktig for relasjonen, for ungdommens og familiens følelse av at det blir tatt tak i det som er vesentlig for dem. Funnene viser at brukersamarbeid er viktig for relasjonen, for ungdom og families følelse av at det blir tatt tak i det som er vesentlig for dem. I neste omgang viser det seg viktig for motivasjon til å følge målene. I samsvar med Miller, Hubble og Duncan (1999), gjenspeiler denne studien miljøterapeutenes nedtonede fokus på diagnoser og metoder, som har vist seg positivt for brukersamarbeidet.

Ungdommers tendens til ubehag ved voksenpersoners innblanding i ungdommens affektive tilstand, gjør hensynet til autonomi og dermed deltagelse i brukersamarbeid, spesielt viktig for utviklingen av relasjonen. I tråd med dette er intervjupersonene er opptatt av at ungdommene ikke skal miste definisjonsmakt over sin egen situasjon.

I tråd med diskursetikken ser Sundet (2007) brukersamarbeid i sammenheng med maktaspektet i relasjonen. Maktaspektet henger sammen med opplevelse av større grad av likeverdighet, som forklares i funnene her med at alle parter tilfører mer av seg selv i relasjonen: Funnene viser mulighet til å tilpasses ungdom og familie med individuelle behandlingsopplegg, slik at brukerperspektivet kan gis forrang. Sundet (2007) argumenterer i tråd med de presenterte funnene, for å gi brukerne som han anser som den marginaliserte parten, større plass i relasjonen. Funnene indikerer at miljøterapeutene tåler å nedtone sin ekspertrolle. Det kommer det frem en form for profesjonalitet som innebærer å følge pasienten og tro på og ta på alvor det pasienten sier. Demokratisering og likeverdighet i det som skjer innenfor en terapeutisk relasjon, får avgjørende betydning. Det å arbeide brukerorientert innebærer at svaret på om behandlingstilnærmingen var vellykket, aldri kan gis av miljøterapeuten, bare av den eller de miljøterapeuten jobber med.

Denne studiens funn viser i likhet med tidligere forskning, at arbeidet med familie og ungdom er komplekst (Bordin 1979, Johnson et al 2002, Yeh & Weisz 2001). Vatnes (1998) beskriver kompleksiteten i brukervedvirkning med flere aktører. Flere av intervjupersonene

kommer med eksempler på at relasjonen er blitt forstyrret, av at de involverte personene forventninger ikke har vært godt nok avklart på forhånd. Denne studiens funn viser at kompleksiteten i brukersamarbeidet med ungdom og familie varierer, men vil i noen tilfeller kunne kreve store kommunikasjonsferdigheter, tydelighet og struktur fra miljøterapeutenes side. Ytterlighet i kompleksitet vil medføre at miljøterapeutens rolle og mandat blir mer synlig og får større plass i relasjonen. En erfaren miljøterapeut vil imidlertid til en viss grense, kunne være strukturert i sine tanker og vurderinger, uten at dette nødvendigvis blir synlig i relasjonen.

Funnene indikerer at det er mangelen på institusjonens rammer og strukturer, som skaper miljøterapeutenes opplevelse av og mulighet for nedtoning av ekspertrollen. På den annen siden viser flere av funnene at mangelen på rammer og strukturer, skaper et større behov for at miljøterapeutene er tydelighet og struktur som vil på sin profesjonelle rolle. Hvordan kan da ”nedtoning av ekspertrollen” forstås i ambulant arbeid med ungdom og familie? Studiens definisjon av terapeutisk relasjon og dialektisk relasjonsforståelse, trekkes inn her. En mulig forståelse er en kombinasjon av nedtoning av ekspertrollen på den ene siden, som gir behov for fleksibilitet i tydelighet den profesjonelle rolle på den andre siden, der begge sidene blir påvirket av det ambulante arbeidets og familiearbeidets komplekse art. I lys av dette kan det være behov for å tydeliggjøre nyansene i forståelsen av ”nedtoning av ekspertrollen” i ambulant arbeid.

6.2.2. Helhetsperspektivets innflytelse på relasjonsarbeidet

Dimensjoner som vil bli trukket spesielt frem her:

- Helhetlig tilnærming
- Kreativitet og kompleksitet
- Ressurser i nettverket
- Involvering

I likhet med Hummelvoll og Graneruds (1996), viser denne studien at miljøterapeutene i ambulant arbeid forholder seg til ulike former for relasjoner. Tilnærmingen viser at ungdommene betraktes som i eksistensialistisk filosofi, og sees vevd inn i tilknytninger til verden og det menneskelige fellesskap, ved at miljøterapeutene forholder seg til foreldre, søsken, øvrig familie, nettverk og andre samarbeidsinstanser. Det kommer frem et helhetsperspektiv på behandlingen, som i Bronfenbrenners (1979) økologibegrep.

Systemteori og teori om miljøterapi har betydning for hvordan miljøterapeutene legger opp det praktiske relasjonsarbeidet når det inkluderer ungdom, familie og nettverk. Etter pasientrettighetsloven har foreldre har en rett og helsearbeidere har etter forskrift en plikt til samarbeid om behandlingen dersom ungdommen er under 16 år.

Et funn som bør trekkes frem, er at kontakt med både samarbeidsinstanser, familie og nettverk bidrar til mer kreative behandlingsløsninger. Et eksempel er beskrivelsen av mulighet for ”gradvise relasjoner”, som forklares som en gradvis tilnærming til ungdommen gjennom foreldre, annen familie, nettverk og/eller andre hjelpeinstanser. Foreldresamarbeidet beskrives i tråd med Israel et al (2004), Johnson et al (2002), Thorsén, Fredäng og Sundbergs (2006), i denne studien som en vesentlig og betydningsfull del av behandlingsarbeidet med ungdommene. Helhetlig tilnærming gir miljøterapeutene mer og flere å spille på og mulighet til å arbeide med ungdommens samspill med de relasjonene han eller hun lever i. Mulighet for å arbeide med relasjoner i ungdommens omgivelser, viser seg avgjørende for ungdommens motivasjon, og er avgjørende for om tiltakene vil virke positivt inn på bedringsprosessen (Borg & Topor 2003).

Familie og andre betydningsfulle personer har ofte viktig informasjon om ungdommens tidligere og nåværende livssituasjon (Løkensgard 1999). Dette kan sees i sammenheng med at ungdom kan oppleve ting mer helhetlig enn de klarer å verbalisere. Noe som i neste omgang kan spille inn på motivasjon og evne til å snakke om sin egen situasjon (Stern 1985). I redsel for at ungdommen mister følelse av autonomi, respekt, trygghet og tillit, har miljøterapeutene i min studie fokus på å unngå at ungdommen risikerer en følelse av å miste definisjonsmakten over sin egen situasjon. Dette åpner for assosiasjoner til en dialektisk subjekt-subjekt-tilnærming til ungdommen.

Helhetlig tilnærming stiller store krav til miljøterapeutenes kommunikasjonsferdigheter og evne til å strukturere arbeidet i tråd med mandatet for arbeidet. Det viser seg at ungdom kan oppleve å komme i et konkurranseforhold med andre personer som innlemmes i behandlingsarbeidet. I likhet med Thorsén, Fredäng og Sundbergs (2006) studie, opplever miljøterapeutene i denne studien å stå overfor personer i ungdommens familie og nettverk som har behov for bistand med egne psykiske plager. I likhet med Israel et al (2004), Yeh og Weisz (2001), Johnson et al (2002) og Thorsén, Fredäng og Sundberg (2006) undersøkelser, kommer i denne studien frem eksempler på at foreldre, ungdom, venner og hjelpeinstanser kan ha forskjellige forventninger til behandlingen og sin egen rolle. Intervjupersonene

trekker frem at det er viktig å hindre polarisering i ungdommens miljø. I tråd med Bordin (1979) og Johnson et al (2002) viser funnene i denne studien, at arbeidet innebærer å forebygge uenigheter og ubehageligheter, og få flest mulig til å trekke i samme retning for å opprettholde en bærende relasjon mot et felles mål. Intervjupersonene opplever en kompleksitet i behandlingsarbeidet med ungdom og familie, som oppleves spesielt utfordrende når andre samarbeidsinstanser involveres i behandlingsarbeidet. Anvendelse av individuelle planer kan tenkes å være et nyttig instrument i dette arbeidet (Hummelvoll 1996 og Furre 2007).

Forskjellige temaer i funnene indikerer at samarbeid med familie, nettverk og andre instanser (for eksempel barnevern) og det å være tilstede i ungdommens dagligliv kan virke forebyggende. Langtidsvirkningene skjer ved at helsearbeideren hjelper familien og systemet rundt til å mestre situasjonen på egenhånd (Løkensgard 1999 og Furre 2007). Ambulante team legger spesielt vekt på behandlingsmetoder som styrker klientens samspill og tar i bruk ressursene i det sosiale nettverket (Furre 2007). Andre behandlingsmetoder blir ikke brukt i samme utstrekning. En av intervjupersonene kommer med en betraktning rundt at den ambulante arbeidsformen, ikke passer for alle ungdommer og familier. Borg og Topor (2003) beskriver i tråd med eksistensialismen, at det å komme seg gjennom en alvorlig psykisk lidelse i stor grad handler om samspill med dem og det som er rundt. I noen tilfeller kan ressursene og relasjonene i ungdommens miljø vise seg så uhensiktsmessige, at man må vurdere annen type behandling. Ifølge Drevdahl (2002) blir det viktig å vurdere hensiktsmessigheten i et ambulant tilbud i forhold til hvilken grad ungdommen blir ekskludert av samfunnet ungdommen lever i. Samtidig må det vurderes om ekskluderingen av ungdommen står i fare for å bli forsterket dersom man behandler ungdommen i sitt eget miljø. Begrensninger i kommer lite frem både i litteratur, offentlige styringsdokumenter og intervjuene her.

Flaskas (2004) beskriver relasjonen i familieterapi, som en relasjon, der terapeuten ikke kan stille seg utenfor systemet og de relasjoner som inngår i dette. Min studies funn indikerer at miljøterapeutene i større grad kjenner seg igjen og kan leve seg inn i situasjonene som tilstedeværende og deltagende i ungdommens og familiens dagligliv. Studiens funn indikerer, slik Flaskas (2004) fremhever, at denne type terapi øker betydningen av å forstå alle de reaksjoner som skjer mellom de involverte parter. På denne måten blir miljøterapeuten mer involvert.

En hjelp til å forstå relasjoner i familiearbeid i ambulant behandling, er gjennom funnene som viser at miljøterapeutene opplever arbeidet som nærere, noe de begrunner i gjenkjennelsen av situasjonene som oppstår i ungdommens hjem. Blir dette siste et tillegg til Flaskas' (2004) uttalelser om involvering eller er det to sider av samme sak?

Borg og Topors (2003) studie indikerer at familiebehandling er ulik i en institusjon og et privat hjem. Familiebehandling i institusjon vil være mer avgrenset både i tid og opplevelser enn familiebehandling i et privat hjem. Nærhetsfølelsen som ligger i å være miljøterapeut i andres hjem er annerledes enn nærhetsfølelsen i tradisjonell familiebehandling, slik at muligheten for at ambulant familiebehandling innebærer for stor grad av nærhet er tilstede.

I dette perspektivet vil betydningen av miljøterapeutenes oppmerksomhet på selvavgrensning, overføringer, motoverføringer og containing bli spesielt viktig i ambulant relasjonsarbeid med familien.

6.2.3. Relasjonsarbeid i ungdommens dagligliv

Dimensjoner som vil bli trukket spesielt frem her:

- Tilstedeværelse i ungdommens faktiske liv
- Oppdagelser
- Ressursobservasjonenes betydning
- Relasjonsdannelsen

Funnene viser at dimensjonen av å være tilstede og kunne delta under ungdommens utøvelse av aktiviteter på dagliglivets arenaer, er verdifullt for relasjonsdannelsen og forståelsen av ungdommens behov. Tilstedeværelse og deltagelse gir miljøterapeutene mulighet til å følge og støtte ungdom og familie gjennom livsforandringer. Dette gir mulighet til tilnærming etter Peplaus (1952) teori om den terapeutiske relasjon som en prosess fra orienteringsfasen, via identifikasjonsfasen og bearbeidingsfasen til en avslutningsfase. Peplaus (1952) teori er tidligere anvendt i psykisk helsearbeid utenfor institusjon. Miljøterapeutens oppgave blir å kontinuerlig vurdere av ungdommens situasjon og å matche pedagogisk og terapeutisk nivå i relasjonen ut fra dette.

Er så Peplaus beskrivelser anvendelig for miljøterapeutene i ambulant arbeid slik det kommer fram i studien her? Peplaus (1952) tenker seg hjelperens roller som fremmed,

ressursperson, underviser, leder, stedfortreder og rådgiver/veileder. Hjelperens rolle som venn tilrådes ikke av Peplau (Forchuk 1993). Begrepene gir inntrykk av mindre grad av likeverdighet i relasjonen enn det som kommer frem i studien her. Peplaus (1952) begrepsramme og forståelse ble påvirket av datidens rådende oppfatninger, selv om de var forut for sin tid. Peplau (1952) er opptatt av at hjelperen gjennom sine kunnskaper og personlighet, ved en demokratisk tilnærming gir pasienten mulighet til utforskning av alternative strategier. Hun legger vekt på at pasienten må være aktiv i egen prosess og at det ikke er hjelperens oppgave alene å løse pasientens problem. Et spørsmål som likevel må stilles for vurdering av anvendbarheten, er om intervjupersonenes og nåtidens holdning til likeverdighet i brukermedvirkning og miljøterapeutens nedtoning av ekspertrollen er forenelig med Peplau's (1952) tenkning og begreper om relasjonsprosessen. Er det slik at det pedagogiske aspektet i tilfelle må tones ned? Vil anvendelse av Peplaus teori gi en annen forståelse av brukersamarbeidet enn den intervjupersonene her beskriver?

Intervensjoner i ungdommens dagligliv gir potensial til å få et annet perspektiv på den egentlige og uegentlige væremåte. Perspektivet på egen eksistens kan i lys av egentlig og uegentlig væremåte, bli forskjellig om man lever i dagliglivet, eller om man lever i institusjon. Funnene i denne studien viser at miljøterapeutene i ambulante team ser flere sider av ungdommens liv. Som i Heideggers (2007) beskrivelser, kan det å ha en psykisk lidelse gjøre at mennesket kommer i kontakt med sin egentlige væremåte. Gjennom dette kan miljøterapeutene hjelpe ungdommen med å forstå, sette ord på og leve med flere sider av sin eksistens og væremåte. Samtidig kan det tenkes å være vanskelig å få perspektiv på livet hvis man opplever det kaotisk og overveldende. I lys av denne forståelsen, kan noen ungdommer ha behov for å få avstand til å se livet i et annet perspektiv, gjennom ulike behandlingstilbud som foregår i institusjon.

Miljøterapeutenes tilstedeværelse på dagliglivets arenaer, gir dem mulighet til å observere hvordan ungdommen konstituerer sitt faktiske liv i samhandling med andre. Slik Rolness (1995) beskriver, viser denne studien funn at observasjoner av hvordan det fysiske miljøet i hjemmet er utformet og organisert, hvordan familien som system og enkeltpersoner fungerer og hvilke ressurser som finnes, gir miljøterapeutene mye informasjon. Miljøterapeutene som er intervjuet her, formidler at de opplever at informasjonsmengden gjør relasjonsarbeidet enklere fordi det er lettere å svare på den andres behov når de ser flere sider ved en person. Det at ungdommen er mer seg selv, med sitt eget språk anses å være positivt for observasjonene og forståelsen av ungdommens behov.

Siden noen ungdommer har vanskelig for å sette ord på sin situasjon, kan miljøterapeutenes observasjoner i ungdommens dagligliv være en starthjelp i kartleggingsprosessen. Samtidig kan miljøterapeutene få større mulighet til å definere forståelsen av ungdommens situasjon, enn om behandlingen er samtaler i institusjon, der en er avhengig av at ungdommen i store grad selv setter ord på egen forståelse av eget liv. Hegerstrøm (2002) hevder at observasjoner av hjemmet har vist seg å være lite entydige, uten at miljøterapeuten samtidig vurderer kulturelle, historiske og individuelle forskjeller og forstår hva familien legger i sine egne systemer.

Intervjupersonene ser en utfordring i og begrense det som tas med i vurderingen av behandlingsarbeidet i en så stor observasjonsmengde, og å holde fokus på eget mandat. Beskrivelser av kaos kan ha forbindelse med dette. Funnene viser at det gjøres flere observasjoner av uartikulerte forhold enn det som er vanlig i annet behandlingsarbeid. Spørsmål som reiser seg i denne forbindelse er om miljøterapeuten setter ord på dette, hvilken vekt legges på slike observasjoner og hvilken innflytelse dette har på relasjonsforståelsen.

Studien viser at det brukes tid på sorteringsarbeidet. Miljøterapeutene må i dette arbeidet spørre seg om de ser ungdommen slik han eller hun virkelig er, om de forstår ungdommen ut fra ungdommens egen verden, eller om de ser ungdommen som en projeksjon av egne erfaringer? Det er vesentlig at miljøterapeutene skiller ut hvilke inntrykk som skyldes egen påvirkning og forforståelse. Sorteringsarbeidet forutsetter at miljøterapeuten er bevisst på å avgrense hva han eller hun selv tilførte i møtet med ungdom og familie og hva miljøterapeuten tilførte vurderingen av situasjonen, med andre ord, en selvavgrensning (Schibbye 2001).

Et vesentlig funn her, i tråd med Kolbergs (2007) erfaringer, er at miljøterapeutene ser mer av ungdommens og familiens ressurser. Funnene viser, i likhet med bedringsforskningen (Borg & Topor 2003) at dette har innvirkning på relasjonen og derigjennom bedringsprosessen. I stedet for fokus på problemer og begrensninger, vil en dreining mot å se ungdommens ressurser og muligheter medføre et viktig fokusskifte i behandlingsarbeidet. I lys av Rogers' (1961) teori vil dette øke ungdommens følelse av at miljøterapeuten tror på ungdommens mestring, noe som er viktig for opplevelsen av gjensidig tillit, respekt, håp, muligheten for å se seg selv på en annen måte og muligheten til forandring. Miljøterapeutens fokus på ressurser, vil kunne gi ungdom og familie en følelse av at terapeuten har oversikt

over betydningsfulle sider ved ungdommens liv. Ifølge Rogers (1961) vil forandringen komme av seg selv, når ungdom og familie begynner å se på seg selv på samme aksepterende og respektfulle måte som hjelperen.

Det første møtet vurderes å ha mye å si for hvordan relasjonen blir videre. Miljøterapeutene legger vekt på å møte ungdom og familie med en åpen holdning. Dette gir assosiasjoner til Bubers (2007) beskrivelse av jeg-du-møte som et sårbart vågestykke der det etter hvert åpnes opp for å kjenne på den andres annerledeshet, som et skritt i retning av å danne en relasjon.

Vesentlig for intervjupersonene var at det går raskere og er lettere å danne en relasjon når de kommer hjem til en ungdom, fordi de kan starte relasjonsprosessen ved å ta del i de situasjonene som er eller oppstår mens miljøterapeuten befinner seg der. Miljøterapeuten må i dette arbeidet forstå hva som er ufarlige, trygge og kontaktskapende situasjoner i ungdommens hjem og hva som ikke er det. Gjennom eksempelet der miljøterapeuten viser interesse for kattungene som befant seg i hjemmet, kommer det frem hvordan ungdommen gjennom denne aktiviteten, formidler noe om sin historie og relasjoner i fortiden. Ved å være i situasjonen sammen med ungdommen, fikk miljøterapeuten mye informasjon som var viktig for den videre forståelsen av ungdommen. Miljøterapeuten i eksempelet formidler at hun ikke anser at det ikke ville vært mulig på samme måte om hun hadde møtt ungdommen på et kontor. I tråd med Shirk og Saiz (1992), Sarnecki (1996) og Brassard, German og Hart (1987) studier, begrunnes dette i funnene her, med avhengighet av rammer som var trygge nok for en ungdom som var blitt sviktet av mange voksenpersoner tidligere. Miljøterapeutens fokus på å være en trygg følelsesmessig tilknytning for ungdommen er avgjørende for ungdommens utvikling av en god selvfølelse og evne til å etablere varige, intime relasjoner til andre (Groholt 1999 og Winnicot 1956).

6.2.4. Å være eller ikke være inkludert på andres hjemmearena

Dimensjoner som vil bli trukket spesielt frem her:

- Integritet
- Maktforskyvning
- Nærhet
- Selvstendige bærere av profesjonalitet

Studiens funn viser i likhet med Magnusson (2001), at hensynet til integritet er viktig for kvaliteten på relasjonen. På den annen side vil kvaliteten på relasjonen ha betydning for hva den andre oppfatter som sitt personlige rom, og hvor mye av sine innerste tanker ungdom og familie velger å dele med terapeuten.

Studien viser at ungdommen i større grad kan velge tempoet i relasjonsdannelsen i ambulant relasjonsarbeid, og at dette er en betydningsfull kvalitet for mange ungdommer. Dette kan forklares ved fleksibiliteten i arbeidet i de ambulante teamene, og vil ha innvirkning på at en oftere kan få til frivillig og forsvarlig behandling hjemme (Furre 2007).

I funnene utmerker integritet seg som en spesiell dimensjon i ambulant relasjonsarbeid med ungdom. Dette vil kunne påvirke ungdommens oppfatning om behov for, og ønske om å være en del av relasjonen til miljøterapeuten.

Det at en miljøterapeut kommer inn i et privat hjem, kan få ungdom og familie til å føle at det trås nært, eller over grensen for deres integritet (Hummelvold 2004 og Solheim & Aarheim 2004). Det kan tenkes å være følsomt og vanskelig for ungdom å slippe noen inn i foreldrenes hjem. En ungdom er en del av foreldrenes hjem enten de vil eller ikke, med den historien og identiteten dette huset representerer. Livet, huset og tingene der kan avvike fra ungdommens syn på egen identitet og være noe de ønsker og er i ferd med å løsrive seg fra. Hjemmet kan være et sted der ungdommen er vant til å ha fri fra alle krav som stilles til dem når de er utenfor døren.

Funnene her indikerer, i likhet med Israel et al (2004) studie, at ungdommen selv sjelden vurderer at de har behov for psykiatrisk bistand, og at de vanligvis ikke er aktive i henvisningsprosessen. Voksenpersoners regulering av en ungdoms affektive tilstand blir ofte oppfattet som en ubehagelig innblanding i ungdommens autonomi (Sundet 2000). Ungdommens oppfatning av eget område for integritet, vil påvirke hva som oppleves som innblanding i egen autonomi.

Stor pasientmotstand er forbundet med dårligere terapieresultater, og det å tilpasse terapeutens grad av styring til klientens motstand forbedrer resultat og terapivirkning (Beutler & Castonguay 2006). Terapeutens oppgave blir å tilpasse relasjonen til pasientens nivå av samarbeid eller motstand.

Ungdomstidens spesielle utfordringer og det at miljøterapeuten kommer inn i ungdommens hjem, gjør det spesielt viktig at miljøterapeutene er klar for hvordan dette fortøner seg for ungdommen. Dette forutsetter at miljøterapeuten kan tre inn i ungdommens opplevelsesverden og se ting fra deres perspektiv.

Intervjupersonenes erfaring med å utføre det terapeutiske arbeidet i et privat hjem, er at makten mellom terapeut, ungdom og familie forskyver seg: I studien beskrives, i samsvar med andre studier, tilfeller der ungdom eller familie ikke vil ha kontakt, og at miljøterapeutene må være forberedt på at de kan bli kastet ut av hjemmet (Johnson et al 2002, Magnusson 2001). Etisk og juridisk er miljøterapeuten en gjest som ikke kan komme inn i ungdommens hjem uten å ha fått tillatelse til det. Det er opptil ungdom og familie om de velger å følge miljøterapeutens råd når miljøterapeuten forlater hjemmet.

Både denne studien og annen litteratur viser at fleksibilitet, større grad av brukersamarbeid, relasjonsarbeid rettet mot flere enn en, nærhet, det ambulante arbeidets selvstendige karakter uten institusjonens rammer og strukturer, i tillegg til det å være profesjonell med arbeidsplass i andres hjem, tillater at ungdom og familie får mer plass i relasjonen. Funnene viser at miljøterapeutenes ønske og behov, er at makten legges så nærme ungdom og familie som mulig.

Maktaspektet henger sammen med opplevelse av større grad av likeverdighet i relasjonen. Opplevelsen av å være mer likestilte med ungdom og familie når de møtes hjemme støttes av Magnusson (2001) og Furre (2007), og forklares med at alle parter tilfører mer av seg selv i relasjonen. Miljøterapeutene i studien omtaler seg selv som ”medmennesker”.

Perspektivet på maktforskyvning og likeverdighet kan bli et annet for ungdom og familie, som opplever å få en profesjonell hjelper inn i sitt private hjem. Den ambulante behandlingen er basert på frivillige tiltak, som kan omgjøres til andre tiltak, i ytterste konsekvens tvangstiltak, dersom det frivillige tilbudet ikke tas imot eller avvises underveis. Bevisstheten om dette forsterker miljøterapeutens makt. I lys av dette er det interessant å spørre seg hvilken opplevelse ungdom og familie, har av makt og likeverdighet.

Studien viser at miljøterapeutene opplever større grad av nærhet i relasjonen til ungdom og familie. Dette samsvarer med Magnussons (2001) studie, og begrunnes med gjenkjennelsesaspektet i ungdommens og familiens dagligliv. Samtidig blir miljøterapeutene

mer involvert ved å være tilstede og deltagende på arenaer der ungdommens virkelige liv utspiller seg i samspill med andre.

Det blir fremhevet gjennom funnene at betydningsfulle personer kan inkluderes i behandlingsarbeidet, slik at behovet for at miljøterapeuten må overta deres roller er mindre enn i annen type behandling. Det siste funnet kan være en indikasjon på at denne siden av relasjonsarbeidet, krever mindre grad av involvering og nærhet.

Relasjonen må være nær nok til at miljøterapeuten får til å gjøre en forandring for ungdom og familie. Miljøterapeutenes opplevelse av større grad av nærhet beskrives å ha positiv virkning på kommunikasjon, trygghet og tillit, og derigjennom på relasjonen. For nære relasjoner kan medføre fare for at miljøterapeuten mister oversikten i overføringer, motoverføringer og manglende selvavgrensning (Schibbye 2001). For familie og ungdom kan for nære relasjoner bli bærende for ungdommens og familiens funksjon, og minske deres evne til å kunne klare å omformulere løsningsstrategier på andre, nye problemer når relasjonen avsluttes.

I tråd med Peplaus (1952) beskrivelser av avslutningsfasen, viser funnene at vurderingen av nærheten i relasjonen, kan gjøres først når behandlingsarbeidet avsluttes:

” Når pasienten sier at det her fikser jeg sjøl. Først da vet jeg om jeg har gjort en god jobb. For - skal pasientene være avhengig av min relasjon resten av livet, eller skal de vite at de står på egne bein sjøl?.”

Dette setter viktigheten av brukerperspektiv i fokus: det er uunngåelig å overse ungdommens behov i sluttfasen av intervensjonen.

I funnene beskrives hvordan profesjonalitet og relasjon henger sammen, ved at miljøterapeuten må fremstå som en trygg fagperson, for å få en god og hensiktsmessig relasjon til ungdommen. Funnene viser i likhet med hos (Furre 2007), at det å ivareta sin egenart som miljøterapeut i arbeid på klientens hjemmearena, oppleves som et dilemma. Både gjennom denne studiens og Magnussons (2001) funn, kan en finne miljøterapeutenes usikkerhet og uklarhet i den profesjonelle og moralske rolle som oppstår i avgrensningen mellom det å bruke sin autoritet som profesjonell og å respektere pasientens privatliv.

Gjennom sitatet *"Vi går ikke bare inn på rommet deres, slik man kanskje har lettere for å gjøre i en institusjon."* illustrerer intervjupersonen oppfatningen av miljøterapeutenes tradisjonelle plass som mer hjemme i institusjon, og at det i et privat hjem er større forskjell på ditt og mitt domene.

Funnene viser at det tar tid før miljøterapeutene føler seg erfarne nok til *"å plassere seg i...det å være profesjonell hjemme hos noen"*. Dette kan forstås gjennom kompleksiteten i beskrivelsen av hvordan det er opptil miljøterapeuten å være "bærer" av rammer og strukturer for profesjonalitet, og at deres tilstedeværelse skaper en terapeutisk atmosfære, som blir influert av og forsøkt tilpasset de rammer og strukturer som finnes i hjemmet.

Gjennom studien kommer det frem at miljøterapeutenes selvstendige rolle, øker mulighetene for å være fleksibel. I tillegg til at ungdom og familie opplever en kontinuitet og trygghet i relasjonen, ved at de forholder seg til den ene miljøterapeuten gjennom behandlingstiden. Det å ha det tyngende ansvaret der er, å være "den eneste" i kaotiske og vanskelige situasjoner, eller tette relasjoner over lengre tid, beskrives som en utfordring. Miljøterapeutenes selvstendige rolle kan også tenkes å bli sårbart for ungdom og familie, som kan oppleve liten mulighet til å velge seg bort person og situasjon.

Miljøterapeutenes samtidige rolle som gjest og terapeut beskrives som motsetningsfylt, og innebærer balansering mellom det profesjonelle og det mer private. Miljøterapeutene står daglig overfor faglige dilemmaer som krever betydelig formell og uformell kompetanse (Furre 2007). En måte å forstå de motsetningene den offentlige hjelper møter i hjemmet, kan være gjennom Løgstrups (1982) begrep "forenende motsetninger". Med utgangspunkt i Martinsens (2003) ytterpunkter for miljøterapeutens praksis, instrumentalisme og sentimentalitet, vil fagligheten kunne stå i fare. Begge motsetningene vil være tilstede på en og samme tid, og den profesjonelle omsorgsarbeideren må selv passe på å ikke gå for langt i den ene eller den andre retningen. I lys av dette vil det å trekke grensene bli opptil den enkelte omsorgsarbeiders skjønn og intuisjon i den enkelte situasjonen. I likhet med Hummelvoll & Graneruds (1996), Magnussons (2001) studier og Fures (2007) kartlegging, viser denne studien at miljøterapeutenes selvstendige rolle gjør at de opplever et behov for refleksjon med kollegaer i veiledning.

6.3. Betydning for praksis

Måten Barne- og Ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste velger å organisere de ambulante teamene får innvirkning på rammene for arbeidet som skal utføres. Dette vil påvirke tjenestenes fleksibilitet og tilgjengelighet, miljøterapeutenes tidsbruk og grad av brukersamarbeid. Studien har vist at dette er essensielle faktorer for relasjonsarbeidet. Helhetlig tilnærming med relasjoner til ungdom, familie, nettverk og andre hjelpeinstanser, viser seg å være viktige for behandlingsresultatet. De ambulante teamene bør derfor organiseres med tanke på dette.

Det ambulante relasjonsarbeidets komplekse art, skaper et behov for å strukturere og tydeliggjøre arbeidslandskapet, for å få til et helhetlig, sammenhengende og kvalitativt godt tjenestetilbud. Anvendelse av individuelle planer eller lignende instrumenter bør tas i bruk som hjelp i dette arbeidet.

Ivaretagelse av miljøterapeutene i deres selvstendige og ensomme rolle gir behov for kollegastøtte, noe som taler for å organisere tjenesten i team. Arbeidets selvstendige art, gjør at ambulante tjenester i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste bør kvalitetssikres ved at miljøterapeutene innehar betydelig formell og uformell kompetanse. En annen form for kvalitetssikring vil være å påse at de ambulante teamene har veiledning eller andre fora for faglig og personlig utvikling gjennom refleksjoner over egen praksis.

6.4. Fremtidig forskning

Kunnskap om effekter av ambulant behandling og behandlingsmetoder i ambulant arbeid for barn og unge er mangelfull (Furre 2007 og Hviding 2006). Furre (2007) påpeker behovet for mer kunnskap og understreker at økonomiske hensyn, ikke skal være indikasjonen for opprettelse av ambulante team.

Med utgangspunkt i studien, vil jeg trekke frem fem områder for videre forskning:

- Ungdom og families erfaringer med relasjoner i ambulant behandling.

Hvorvidt denne studiens funn er representative, er avhengig av at ungdom og families opplevelser i noenlunde grad samsvarer med miljøterapeutenes. Ved å få frem deres stemme kan en få mulighet til undersøke hvorvidt denne studiens funn er representative. En nærmere

undersøke denne studiens funn, og eventuelt justere arbeidsformen til å bli mer brukervennlig.

- Komparative studier der en sammenligner ambulant behandling med andre behandlingsformer.

En slik studie kan belyse hva som er spesielt med de forskjellige behandlingsformene og tydeliggjøre muligheter og begrensninger ved de ulike behandlingsformene.

- Etiske dilemma i ambulant psykisk helsearbeid med ungdom.

Med utgangspunkt i spesielle utfordringer i ungdomstiden, er behov for kunnskap om de etiske dilemma som utmerker seg i ambulant arbeid med ungdom.

- Fleksibilitet i ambulant arbeid.

Belyse styrker og svakheter ved fleksibiliteten i den ambulante arbeidsformen, og få frem hva som er styrker og svakheter for hvem.

- Individuelle planers plass i ambulant psykisk helsearbeid.

Anvendes individuelle planer i ambulant psykisk helsearbeid og er dette et verktøy som er egnet til arbeidet?

7. Konklusjon

Målet for denne studien var å belyse problemstillingen: ”Hvilke erfaringer har miljøterapeuter i ambulante team med relasjonsarbeid innenfor barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste?” Gjennom studien utmerker noen faktorer seg som sentrale for relasjonsarbeidet. Stor grad av fleksibilitet og brukersamarbeid, skreddersydde og kreative behandlingsløsninger, ressursorientering, større grad av likeverdighet, helhetlig tilnærming og miljøterapeutens selvstendighet beskrives å være positivt for relasjonsarbeidet. Disse faktorene åpner samtidig for flere komplekse utfordringer og stiller store faglige og personlige krav til miljøterapeutene hva gjelder kommunikasjonsferdigheter, selvstendighet, tydelighet, struktur, ivaretagelse av ungdommens integritet, selvrefleksjon, avgrensning og profesjonalitet. Løgstrups (1982) forenende motsetninger går igjen gjennom funnene. Det som virker positivt inn på relasjonsarbeidet, er i mange tilfeller det som samtidig gjør den ambulante arbeidsformen sårbar. For å få til en hensiktsmessig og faglig forsvarlig tjeneste, må miljøterapeutene balansere et sted mellom ytterpunktene.

Brukersamarbeid utpeker seg som sentralt for relasjonsarbeid i de ambulante teamene som er intervjuet. Den ambulante arbeidsformens fleksible ramme, gir mulighet for at brukersamarbeid kan realiseres med færre begrensninger enn det som følger av institusjonens rammer og strukturer. Samtidig har konteksten for arbeidet innflytelse på miljøterapeutenes opplevelse av større grad av likeverdighet i brukersamarbeidet, og muligheten for å justere seg etter dette.

Studien gjenspeiler et nedtonet fokus på diagnoser og metoder. Dreiningen mot å se ungdommens ressurser og muligheter i stedet for fokus på problemer og begrensninger, medfører et viktig fokusskifte i relasjonen. Dette gir miljøterapeuten mulighet for ivaretagelse av ungdommens opplevelse av autonomi og gir ungdommen mulighet for å se seg selv på en mer aksepterende og respektfulle måte.

Tilstedeværelse i ungdommens dagligliv gir mulighet til å inkludere og anvende de ressursene som finnes i relasjonene ungdommene har i sitt dagligliv som helhet. I utformingen av behandlingstilbudet har miljøterapeutene mulighet til kreative behandlingsløsninger som inkluderer familie og nettverk, men også relasjoner i en større sammenheng i ungdommens dagligliv, på samfunnsnivå.

8. Litteraturliste

- Bang, S. (2003) *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Beutler, L. E. & Castonguay, L. G. (red.) (2006) *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford. Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16. S 252-260.
- Borg, M., & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo. Kommuneforlaget.
- Borge, L. (2008) Institusjonen – et sted for læring, mening og eksistens. I: Karlsson, B. (red) *Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Buber, M. (1923/2007) *Jeg og du*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Brassard, M. R., Germain, R. & Hart, S. N. (1987) *Psychological maltreatment of Children and youth*. New York. Pergamon Press.
- Brink, P. J. & Wood, M. J. (1998) *Advanced design in nursing research*. (2nd ed.) London. SAGE Publication.
- Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge. Harvard University Press.
- Catty, J. (2004) *The vehicle of success : Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry*. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*. 77. S 255-272.
- Curtin, L. & Flaherty, M. J. (1982). *Nursing Ethics: Theories and Pragmatics*, Bowie, Maryland, Prentice-Hall Publications Company.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I. Topor, A., Mezzina, R & Sells, D. (2005) *Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study*. *American Journal of psychiatric Rehabilitation*. 8. S 177-201.
- Drevdahl, D. J. (2002) *Home and Boarder: The Contradictions of Community*. *Advances Nursing Science* 24 (3). S 8-20.
- Erikson, E. H. (1968) *Identitet: Ungdom og krise*. Hans Reitzels Forlag. København.

Flaskas, C. (2004) *Thinking about the therapeutic relationship. Emerging themes in family therapy*. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. 25 (1). s 13-20.

Forchuk, C. (1993) *Hildegard E. Peplau. Interpersonal Nursing Theory*. Notes on Nursing Theories 10. London. SAGE Publications.

Furre, A. (2007) Rapport: *Kartlegging og vurdering av ambulante tjenester i psykisk helsevern for barn og unge*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion øst og sør.

Groholt, B. (1999) Att bemästra: Ungdomstiden och bemästrandeperspektivet. I: Gjærum, B, Groholt, B & Sommerchild, H. (red.) *Att bemästra*. Svenska foreningen för psykisk hälsa. s135-149

Hegerstrøm, T. (2002) *Om relasjoner i hjemmetjenestene*. Oslo. Universitetsforlaget.

Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Oslo. Pax.

Henriksen, J.O. & Vetlesen, A. J. (2006) *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Hovath, A. O. & Luborsky, L. (1993) *The role of therapeutic alliance in psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychologi. 61. s 561-573.

Hovath, A. O. (2001) *The alliance*. Psychotherapy. 38 (4). S 365-371.

Hummelvoll, J. K. (1995). *Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv: en studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid*. Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg.

Hummelvoll, J. K. (1995). *Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv: en studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid*. Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg.

Hummelvoll J.K. (1996a) *Å arbeide i felten. Den psykiatriske sykepleier som "libero" i kommunehelsetjenesten*. Rapport nr. 1. Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll J.K. & Granerud, A. (1996) *Å arbeide i felten. Den psykiatriske sykepleier som "libero" i kommunehelsetjenesten*. Rapport nr. 1. Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll, J. K. & Barbosa da Silva, A. (1996) *Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers livsverden i kommunehelsetjenesten*. Vård i Norden, 16 (2). S 25-32.

Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Hviding, K. (2006) *Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som*

alternativ til institusjonsbehandling. Rapport. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. www.kunnskapssenteret.no

Israel P., Thomsen P. H., Langeveld J. H. & Stormark K. M. (2004) *Parental engagement in psychotherapy with adolescents: A preliminary study*. Nord J Psychiatry. Vol 58. No. 2: 133-138.

Johnson L. N., Wright D. W. & Ketring S. A. (2002) *The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive for outcome?* Journal of Marital and Family Therapy. Vol 28. No. 1: 93-102

Klefbeck & Ogden (1995) *Nettverk og økologi. Problemløsende arbeid med barn og unge*. (2. Utg.) Oslo. Universitetsforlaget.

Kolberg C. (2007) Dialogens betydning ved psykotiske kriser. I: *Klienten – den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Ulvestad, A. K. m.fl. (red.) Oslo. Gyldendal akademisk.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Lorensen, M. (1998) *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo. Universitetsforlaget.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999-07-02-62 (psykisk helsevernloven) www.lovdatab.no

Lov om pasientrettigheter 1999-07-07-63 (pasientrettighetsloven) www.lovdatab.no

Løgstrup, K. (1982) *System og symbol*. København. Gyldendal.

Løkensgard, I. (1999). *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo. Universitetsforlaget.

Magnusson, A. (2001). *Vård i hemmet av personer med psykiska funktionshinder: etiska frågeställningar och betydelse av handledning*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Malterud, K. (1989) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo. Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo. Universitetsforlaget

Miller, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. L. (1999). *The Heart & soul of change: what works in therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

O'Brian, L. (2000) *Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses*, Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing 9, s 184-194.

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Houndmills: MacMillan Education.

Repstad, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo. Universitetsforlaget.

Rogers, C. (1951) *The Characteristics of a Helping Relationship*. Personnel and Guidance Journal, Vol. 37

Rogers, C. (1961) *On becoming a person*. Houghton-Mifflin. Boston.

Rolness, K. (1995) *Med smak skal hjemmet bygges. Innredning av det moderne Norge*. Aschehoug.

Sarnecki, J. (1996) Problemprofiler hos ungdomar på särskilda ungdomshem i Stockholms län åren 1990-1994. I: Armelius, B.-Å. et al. (red.) *Vård av ungdomar med sociala problem*. Liber. Stockholm.

Schibbye, A. L. L. (2001) Å bli kjent med seg selv og den andre. I: *Psykatri i endring*. Bengt Karlsson (red.). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Schibbye, A. L. L. (2002) *En dialektisk relasjonsforståelse*. Oslo. Universitetsforlaget.

Shirk, S. R. & Saiz, C. C. (1992) *Clinical, empirical and developmental perspectives on the relationship in child psychotherapy*. Development and Psychopathology. nr. 4. s 713-728.

Skau, G. M. (1996) *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper*. Tano Aschehoug.

Skau, G. M. (1998) *Gode fagfolk vokser....personlig kompetanse som utfordring*. Oslo. Cappelen Akademisk Forlag.

Solheim, M. & Aarheim, K. A.(red.) (2004) *Kan eg komme inn? : verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo. Gyldendal akademisk.

Sosial- og helsedepartementet (2003) *Sammen om psykisk helse*. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.

Sosial- og helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. www.helsedirektoratet.no www.regjeringen.no

Stern, D. N. (1985) *The interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis end Developmental Psychology*. N.Y.: Basic Books.

St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helthet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo. Sosial- og helsedepartementet. www.regjeringen.no

St.prp. nr. 63 (1997-98) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. Sosial- og helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no

Sundet, R (2000). Selvpålevelse og samspill som metafor for terapi med ungdom. I: *Samspill og selvpålevelse – nye veier til relasjonsorienterte terapier*. Johnsen, A., Sundet, R., Torsteinsson (red.). Tano Aschehoug.

Sundet, R. (2007) Brukerperspektiv og den terapeutiske relasjon – betydninger for terapeutisk arbeid. I: *Klienten – den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Ulvestad, A. K. m.fl. (red.) Oslo. Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2002) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen. Fagbokforlaget.

Thorsén, H., Fredäng, P. & Sundberg, B. (2006) Personalens etiske refleksjoner. I: Engström, I. (red.) (2006) *Tvingad til hjälp. Om tvång, etikk och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*. Sverige. Studentlitteratur.

Thorsen, K. (1990). *Hva skiller et hjem fra en institusjon*. Norsk gerontologisk institutt. GerArt nr. 3-90.

Tschudin, V. (1986) *Ethics in Nursing. The caring relationship*. Guildford, Biddles Ltd.

Vatne, S. (1998) Pasienten først? Om brukermedvirkning. Oslo. Fagbokforlaget.

Winnicott, D. W. (1956) *The antisocial tendency. In Through paediatrics to psychoanalysis*. Collected Papers. Karnac 1990. London s. 306-315

Yeh, M & Weisz J. R. (2001) *Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry*. J Consult Clin Psychol 69. S 1018-25.

Aanderaa, I. (1994) *Pasienten og sykepleieren – et gjensidig påvirkningsforhold*. Ad Notam Gyldendal.

Vedlegg 1: Litteratursøk

Dato: 3. November 2008

Search for: 25 and 18

Results: 1-4

Database: PsycINFO <1806 to October Week 4 2008>

Search Strategy:

1 ambulatory care {No Related Terms} (451)
2 ambulatory care {Including Related Terms} (468)
3 adolescent {Including Related Terms} (48442)
4 therapeutic relation {Including Related Terms} (16185)
5 4 and 3 and 2 (1)
6 3 and 2 (26)
7 psychiatric {Including Related Terms} (7032)
8 from 5 keep 1 (1)
9 3 and 7 and 2 (0)
10 home care {Including Related Terms} (411)
11 3 and 7 and 10 (0)
12 children {Including Related Terms} (127783)
13 7 and 10 and 12 (0)
14 community based {Including Related Terms} (4929)
15 3 or 12 (169110)
16 7 and 15 (88)
17 10 or 2 (879)
18 10 or 2 or 14 (5808)
19 18 and 7 and 15 (0)
20 18 and 15 (463)
21 mental {Including Related Terms} (43856)
22 21 and 20 (15)
23 systemic {Including Related Terms} (1356)
24 22 and 23 (0)
25 family therapy {Including Related Terms} (3523)
26 25 and 22 (0)
27 25 and 18 (4)
28 from 27 keep 1-4 (4)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide – Masteroppgave – Høgskolen i Hedmark/Vestfold

Informasjon før intervjuet:

Frivillighet.

Hva skal intervjuet brukes til.

Transkriberes – slettes når oppgaven skal innleveres i august 2008.

Gå igjennom tema for samtalen/intervjuet.

Først:

Utdanning.

Bakgrunn og erfaring.

Hvor lang tid jobbet ambulant.

Hvilken type problematikk.

En eller to ute på oppdrag.

1:

Kan du si noe om hvilke assosiasjoner du får når jeg sier terapeutiske relasjon i ambulant arbeid?

Eventuelt:

Kan du si noe om hvilke tanker du har rundt det å være psykisk helsearbeider i en terapeutisk relasjon med ungdom i ambulant arbeid?

2:

Kan du fortelle om en av de terapeutiske relasjonene du har opplevd i ambulant arbeid den siste tiden?

Eventuelt:

Fortell gjerne om en terapeutisk relasjon som har betydd mye for deg.

Oppfølgingsspørsmål 1:

Hva gjør at denne historien/denne opplevelsen er viktig for deg?

Oppfølgingsspørsmål 2:

Forstår jeg deg riktig når....

Kan du utdype.....

Vil det si at.....

Når du sier.....mener du da.....

Tema for videre samtale:

Beskrivelse av den terapeutiske relasjonen.

Arbeidsplassens åpenhet rundt gode og dårlige relasjoner med ungdom/de som skal hjelpes.

Relasjonen til familie og nettverk.

Kontekstens betydning for den terapeutiske relasjonen.

Utfordringer ved terapeutiske relasjoner i ambulant arbeid.

Implikasjoner på den profesjonelle rolle og faglige identitet.

Betydningen av erfaring og bakgrunn.

Håndtering av opplevelser.

Den ambulante arbeidsformen - Mulige konsekvenser for behandlingstilbudet.

Arbeidsglede, inspirasjon, motivasjon.

Arbeidsgivers fokus på utfordringer i ambulant arbeid.

Vedlegg 3: Brev til informanter

Line C Øyasæter
Solveien 51
3127 Tønsberg

15. februar 2008

Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre forskningsintervju knyttet til en masteroppgave i psykisk helsearbeid over temaet:

Terapeutiske relasjoner i ambulant arbeid knyttet til barne- og ungdomspsykiatrisk virksomhet.

Viser til hyggelig telefonsamtale. Vedlagt følger "Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt". Forespørselen deles ut til alle miljøterapeutene i teamet. Deretter kan de som ønsker å være med, på frivillig basis, innen en tidsfrist levere skjemaet undertegnet til deg. Det er fint om du som kontaktperson også undertegner på forespørselen siste side.

Denne henvendelsen gjøres i forbindelse med mitt mastergradsstudie i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark og Høgskolen i Vestfold. Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og veileder. Jeg har arbeidet ambulant med ungdom gjennom mitt arbeidssted, Post B, BUPA i Tønsberg. I forbindelse med masteroppgaven er jeg i gang med en studie som skal omhandle terapeutiske relasjoner i ambulant arbeid. Gjennom denne studien vil jeg forsøke å belyse hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med den terapeutiske relasjonen som dannes mellom ungdommen, familien, nettverket og psykisk helsearbeider i ambulant arbeid.

Det kvalitative forskningsintervjuet, nærmere bestemt halvstrukturert dybdeintervju er valgt som datainnsamlingsmetode for denne studien. Tiden intervjuet vil ta, er beregnet til ca 1 ½ time. Mitt ønske er å få tillatelse til å intervju 2 miljøterapeuter om deres tanker og erfaringer rundt temaet ovenfor.

Av geografisk avstandsmessige grunner, ville det vært fint for meg om begge intervjuene kunne finne sted samme dagen.

Forslag til dager for intervjuet:

Mandag 10. mars 2008

Torsdag 13. mars 2008

Fredag 14. mars 2008

Jeg kan kontaktes på telefon 91 19 70 30 eller mail: lineconstance@hotmail.com.

Min veileder for masteroppgaven er Anne Lyberg, Førstelektor, Avd. for helsefag, Høgskolen i Vestfold

Jeg tar kontakt med dere igjen i uke 10.

Med vennlig hilsen

Line C Øyasæter

Vedlegg

Vedlegg 4: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Terapeutisk relasjon i ambulant arbeid.

En kvalitativ studie av psykisk helsearbeider i relasjon med ungdom, familie og nettverk i ambulant arbeid i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke psykisk helsearbeideres erfaringer med å arbeide ambulant. Det søkes gjennom denne studien å belyse hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med den terapeutiske relasjonen som dannes mellom psykisk helsearbeider og ungdommen, familien og nettverket i ambulant arbeid i barne- og ungdomspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Nærmere bestemt hvilken innflytelse ambulant terapeutisk arbeid har på den terapeutiske relasjonen mellom ungdommen og psykisk helsearbeider, og hvilken innflytelse ambulant terapeutisk arbeid på psykisk helsearbeiders profesjonelle rolle og faglige identitet. Studien gjennomføres som en del av mastergrad i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark og Høgskolen i Vestfold. Veileder for studien er Anne Lyberg, Førstelektor, Avd. for helsefag, Høgskolen i Vestfold.

Hva innebærer studien?

Som datainnsamling for studien ønsker jeg å foreta 5 ustrukturerte dybdeintervjuer med miljøterapeuter som arbeider i ambulante team i barne- og ungdomspsykiatrien i Norge. Intervjuet vil være en samtale som tar ca en og en halv time. Intervjuet blir tatt opp med diktafon, som slettes etter at intervjuet er skrevet ut. Det skal ikke være mulig å spore tilbake til intervjupersonen ut fra opplysningene som gis på diktafonen.

Mulige fordeler og ulemper

I Norge i dag er det begrenset kunnskap rundt spesielle utfordringer psykisk helsearbeidere i barne- og ungdomspsykiatrien møter i ambulant arbeid. Kunnskap på dette området er viktig for å bevisstgjøre både psykisk helsearbeidere og ledere ved barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger som nå har startet eller skal starte med ambulant arbeid. Dette kan komme både brukere og psykisk helsearbeidere til gode. For intervjupersonen kan samtalen bli en bevisstgjørende refleksjon, men kan også komme til å innebære å snakke om tema i forhold til relasjoner som er sensitive.

Hva skjer med intervjuene og informasjonen om deg?

Informasjonen som innhentes i intervjuene skal kun brukes i utformingen av en masteroppgave. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst før studien avsluttes i august 2008, trekke din deltagelse i studien uten å oppgi noen grunn. Dette vil ikke få noen konsekvenser

for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du ønsker ytterligere informasjon kan jeg kontaktes på telefon: 91 19 70 30 eller mail: lineconstance@hotmail.com

Med vennlig hilsen

Line C Øyasæter

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i studien: Terapeutiske relasjoner i ambulant arbeid knyttet til barne- og ungdomspsykiatrisk virksomhet

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)